

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA <sup>ª</sup> VARA CÍVEL DO  
FORO REGIONAL DE SÃO MIGUEL PAULISTA – V DA COMARCA DE SÃO PAULO –  
SP.**

Processo nº

**COM URGÊNCIA**

**IOLANDA BEZERRA DA COSTA**, brasileira, viúva, aposentada, portadora da cédula de identidade RG nº 8.076.734-5 SSP/SP e inscrita no CPF sob o nº 198.480.398-05, residente e domiciliada na Rua Vale do Amanhecer, 66, Jardim Keralux, São Paulo, SP, CEP 03828-130, através de seu advogado, infra-assinado, com escritório na Rua Dr. Tomás Carvalhal, 496/103, Paraíso, São Paulo, SP, CEP 04006-001, telefone (011) 3473-4344, onde deverá receber intimações, citações e notificações, conforme instrumento de mandato anexo, vem, respeitosamente, na presença de Vossa Excelência, nos termos dos artigos 282 e seguintes, do Código de

Processo Civil, cumulado com os artigos 247 do Código Civil e 273 do Código de Processo Civil, propor a presente

**OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE  
ANTECIPAÇÃO DE TUTELA**

Em face da **INTERMÉDICA SAÚDE LTDA.**, inscrita no CNPJ sob o nº 44.649.812/0016-14 e registrada na ANS sob o nº 359017, com sede na Rua Augusta, 1.029, Consolação, São Paulo, SP, CEP 01305-100, na pessoa de seu Gerente Estadual e/ou representante legal, pelos motivos de fatos e direitos, a seguir expostos:

**DOS FATOS**

O Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco e Região, começou a oferecer plano de saúde na modalidade coletivo por adesão, que são os contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais, para seus associados.

Em **01 de março de 2005**, a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, aderiu ao **Plano Executivo AG-1**, ofertado pela Requerida, Intermédica Saúde Ltda., através do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco e Região, para que tivesse,

assistência médica, na segmentação assistencial ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com determinados benefícios em medicina preventiva e moléstias infecto-contagiosas – Plano Global.

Vale ressaltar que, a mensalidade da Requerente, referente a este plano de saúde, no valor de R\$ 456,74 (quatrocentos e cinquenta e seis reais e setenta e quatro centavos), está em dia, sem apresentar nenhum débito, conforme comprovantes de pagamento.

Em 05 de fevereiro de 2014, a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, recebeu uma carta registrada do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco e Região, informando que o contrato, entre este Sindicato e a Requerida, Intermédica Saúde Ltda., será rescindido em 31 de março de 2014.

A partir deste momento, a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, iniciou uma batalha árdua: procurar por um novo plano de saúde, pois é uma pessoa idosa e doente, que sempre precisa de acompanhamento médico. Tentou migrar para um plano individual da própria Requerida, Intermédica Saúde Ltda., porém foi informada por esta, que a empresa não teria mais planos individuais disponíveis para vender. Isso vai contra as determinações da agência reguladora, ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

De fato Vossa Excelência, ocorre que para as operadoras de plano de saúde, não é vantajoso oferecer planos individuais, pois nestes as operadoras, não podem fazer reajustes constantes, devido a fiscalização rigorosa da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar nos planos individuais, que pode fazer somente um reajuste anual, com um índice máximo permitido. Enquanto que, nos planos coletivos, há maior liberdade, em relação aos preços.

Para reforçar a atitude da operadora INTERMÉDICA, que nega a contratação de planos individuais, recentemente o Jornal Nacional, da Rede Globo de Televisão, veiculou em sua edição do dia 03 de outubro de 2013, uma matéria

## ONODERA ADVOCACIA

---

sobre este triste assunto. O interessante é que a operadora no final da reportagem, divulga uma nota, onde diz que continua a vender planos individuais.

**Onde?????????!!!!!! Infelizmente, essa é a posição da maioria das operadoras de plano de saúde, inclusive da Requerida, Intermédica Saúde Ltda.!!!**

Para ratificar a informação supra, a reportagem está disponível no link: <http://globotv.globo.com/rede-globo/jornal-nacional/t/edicoes/v/aposentados-e-desempregados-enfrentam-dificuldades-para-contratar-planos-de-saude/2866172/>

Este caso é amparado, na forma que estabelece a Resolução CONSU nº 19, de 25/03/1999, que, trata da **manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos.**

Art. 1º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Art. 2º Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.

Art. 3º Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar. (grifo nosso)

O artigo 31, da Lei nº 9.656/98, também prevê:

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.” (grifo nosso)

Ressalta-se Vossa Excelência, que a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, tem 81 (oitenta e um) anos e é portadora de DIABETES MELLITUS TIPO 2, HIPERTENSÃO ARTERIAL E OSTEOPENIA (CID E-66.9 e I-10), conforme relatório médico assinado pela Dra. Juliana F. Oliva, CRM nº 98.224, funcionária da Requerida, Intermédica Saúde Ltda.. Uma pessoa com um quadro frágil e delicado de saúde, precisa de permanente acompanhamento médico. Também faz tratamento com ortopedista por osteoartrite e quadro inflamatório crônico nos ombros.

Nos dias seguintes ao recebimento da comunicação da rescisão do contrato entre o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco e Região, a filha da Requerente, Eliane Matias, iniciou um calvário para migrar para um plano individual da mesma operadora, com as mesmas coberturas, para a sua mãe. A filha da Requerente, ouviu respostas negativas acerca da migração para um plano individual. A Requerida, Intermédica Saúde Ltda., se recusou a fornecer a negativa de portabilidade, de forma expressa.

Cadê o respeito ao ser humano???!!! Cadê a dignidade e compaixão ao próximo???!!! A Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, ainda sofre a pressão psicológica da Requerida, pois não consegue migrar para um plano individual com as mesmas coberturas. Essa situação faz com que a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, que é uma pessoa idosa, quase no final de sua vida, fique nervosa e o seu DIABETES fique descontrolado e sua hipertensão arterial muito alta. *Data venia*, Vossa Excelência, mas tal atitude da Requerida é totalmente descabida, desumana e absurda!!!

Imagine a que ponto chegamos??!! A Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, teve que pedir ajuda ao Judiciário, para fazer uma simples migração para um plano individual, com o receio de ficar sem o seu plano de saúde, que sempre pagou em dia, com muito esforço, afinal a Requerente é aposentada.

Como está comprovado, a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, é uma pessoa idosa, com 81 (oitenta e um) anos de idade e portadora de DIABETES MELLITUS TIPO 2, HIPERTENSÃO ARTERIAL E OSTEOPENIA (CID E-66.9 e I-10), que também, faz tratamento com ortopedista por osteoartrite e quadro inflamatório crônico nos ombros e a Requerida, se nega, de forma tácita e absurda, pois em momento algum, formaliza essa negativa, a realizar a migração para um plano individual com a mesma cobertura da rede credenciada. Sendo que a cobertura do plano vai até o dia 31 de março de 2014, não restou outra alternativa a não ser a propositura da presente Ação de Obrigaçāo de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada, a fim de garantir o bem maior, a VIDA.

DO DIREITO

Apesar da Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, ser a parte hipossuficiente da relação, a Requerida, claramente, abusa de seu poder econômico e, pasmem, pretende deixar a sua associada sem o seu devido atendimento hospitalar.

O objeto do contrato de adesão firmado entre as partes é a, assistência médica, na segmentação assistencial ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com determinados benefícios em medicina preventiva e moléstias infecto-contagiosas – Plano Global. Ora, a Requerida não quer realizar a migração de um plano coletivo para um plano individual? Fica claro, que deseja diminuir os custos operacionais com a negativa tácita desta migração. A cidadã, idosa, portadora de doenças crônicas, que precisam de tratamento permanente, infelizmente, não pode no final de sua vida, ter acompanhamento médico e ser tratada com dignidade, pois, além de todo o estresse, com essa negativa de migração para um plano individual com a mesma cobertura do plano atual, ainda tem o dissabor de buscar os seus direitos na Justiça. **Isso é totalmente desumano!!!** Imagine, Vossa Excelência, o esforço que a família faz. A associada, idosa e aposentada, paga um alto valor no plano de saúde, para que possa utilizá-lo quando precise. Paga o plano de saúde em dia, que não é barato, com a finalidade de prevenção de doenças, através de consultas e exames e eventualmente, proteger a vida em alguma internação hospitalar e/ou procedimento médico. A idéia é de que nunca seja acionado o plano de saúde, mas caso necessite, de que ele esteja sempre pronto a atender o associado da forma mais diligente e rápida possível. E quando necessita, o plano de saúde ignora o seu associado. Isso não é justo!!! **Imagine se fosse um familiar nosso, Vossa Excelência??!!**

A Requerida, em momento algum, respeitou a Resolução 1.401/93 do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta e disciplina os

deveres e obrigações das empresas de Seguro-Saúde, empresas de Medicina de Grupo, Cooperativa de Trabalho Médico, ou outras que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médicos-hospitalares, a qual estabelece que as mesmas são responsáveis pela **“irrestrita disponibilidade dos meios de diagnóstico e tratamento”** a serem dispensadas aos seus associados, que impõe, em seu artigo 1º, que tais empresas **“estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer natureza”**. (grifos nossos).

Vale ressaltar o disposto no artigo 2º da Lei:

“Art. 2 os princípios que devem ser obedecidos pelas empresas constante no artigo 1º são;

- a) **Ampla e total liberdade de escolha do médico pelo paciente;**
- b) ....
- c) ....
- d) **Inteira liberdade de escolha de estabelecimentos hospitalares, laboratórios e demais serviços complementares pelo paciente e o médico.**  
(grifos nossos)

Infelizmente, o estado de saúde da Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, requer cuidados. **Ela é uma pessoa idosa, diabética e com pressão alta, sem contar o quadro de osteoartrite, com quadro inflamatório crônico nos ombros.** Sabe-se que nessas **situações de alto estresse, referente a aflição psicológica relativa a incerteza da cobertura do plano, pode fazer com que a pessoa fique com o diabetes e a hipertensão arterial alterados, até causar**

complicações decorrentes desse quadro e levar, a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, à óbito.

Diante de tais fatos, a Requerida deve autorizar e disponibilizar a migração imediata do plano coletivo para um plano individual, antes da rescisão do contrato, prevista para 31 de março de 2014, a fim de que a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, possa continuar com os seus exames, tratamentos e eventuais internações, visto que, em não o fazendo, estará descumprindo a legislação vigente, as cláusulas do Contrato de Adesão assinado pela partes, e a Resolução do Conselho Federal de Medicina, locupletando-se indevidamente às custas da saúde e da vida da Requerente.

A Súmula nº 101, do Tribunal de Justiça de São Paulo, prevê que:

**“O beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para ação direta contra a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por seu empregador ou associação de classe”.** (grifo nosso)

Segue abaixo, a jurisprudência predominante no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

VOTO Nº 2582

APELAÇÃO nº 0120947-94.2011.8.26.0100

APELANTE: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL LTDA

APELADOS: EMIRA THEMIS ADAS CUNHA E RANULPHO CUNHA FILHO

INTERESSADO: APEOESP SINDICATO DOS PROFESSORES DO ENSINO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA: SÃO PAULO

JUIZ (A): ALVARO LUIZ VALERY MIRRA

**Ementa: Plano de Saúde. Portabilidade do plano coletivo para o individual. Cumprimento de carência. Desnecessidade. A alteração da categoria do plano não pode ser caracterizada como sendo nova contratação, mas, continuação do plano**

**anterior e, nessas condições, não há que se falar em novas carências. A alteração da categoria do plano é permitida e em nada afeta as coberturas ou a contratação originária.** Eventuais dificuldades burocráticas para a implantação da alteração do plano são insuficientes para considerá-lo como novo plano. **Preço compatível com a atual avença. Inteligência dos artigos 39, inciso V e 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor.** Exclusão do sindicato réu que não tem qualquer participação na referida migração. Sentença devidamente fundamentada. Motivação adotada como fundamentação do julgamento em segundo grau. Inteligência do art. 252 do RITJ. Recurso não provido.

“PLANO DE SAÚDE - **Pleito de manutenção das mesmas condições do plano empresarial para o plano individual A imposição de cláusulas limitativas de cobertura, bem como de carência revelam-se prática abusiva, mesmo diante de migração de categoria de plano coletivo para individual** - Insubstância da cláusula contratual que impõe carência para consumidores que já haviam cumprido o prazo respectivo - Apelo provido” (Apelação 133425-58.2009.8.26.0000, 6ª Câmara de Direito Privado, Relator Desembargador Sebastião Carlos Garcia, 15/09/2011).

PLANO DE SAÚDE - **Transição do coletivo para o individual - Ausência de fundamento para recontagem de prazos de carência ou para atendimento** - Vínculo presente a sustentar o atendimento – Não caracterização de doença preexistente - Necessidade, para realização de cirurgia indispensável, a utilização de acessórios, sem possibilidade de aplicação de técnica diversa ou mesmo material substituto - Fornecimento a integrar o próprio tratamento - **Obrigação da gestora do plano - Posição, inclusive, reiterada pela Câmara - Sentença confirmada** RECURSO NÃO PROVIDO (Apelação 164.46-4/2-00, 7ª Câmara de Direito Privado, Relator Desembargador Elcio Trujillo, 28/06/06)

PLANO DE SAÚDE - **contrato em continuação - indevida a exigência de novo período de carência - o plano individual contratado em seguida para manter a cobertura do plano coletivo corporativo não deve ser considerado contrato novo, para efeito de cumprimento de prazo de carência.** DANOS MORAIS - são presumidos e evidentes para um paciente com risco de perda de cobertura de tratamento contínuo, doloroso e com real risco de amputação da perna de pessoa jovem. O valor exagerado é que deve ser diminuído. HONORÁRIOS – processo rápido antecipadamente julgado, sem perícia ou audiência e com advogados domiciliados na mesma comarca da causa - patamar reduzido para o mínimo legal. RECURSO - provido em parte para reduzir o valor dos danos morais e dos honorários advocatícios. (0120223-75.2006.8.26.0000 Apelação Com Revisão / SEGURO SAÚDE, Relator(a): José Luiz Germano, Comarca: São Paulo, Órgão julgador: 9ª Câmara de Direito Privado B, Data do julgamento: 27/03/2009).

Voto nº 4281

Agravo de Instrumento nº 0268859-07.2011.8.26.0000

Agravante: Notre Dame Seguradora  
Agravado: Lucia de Fátima Barros Santos  
Comarca: São Paulo  
Juiz(a) : Dra. Andrea de Abreu e Braga

AGRAVO DE INSTRUMENTO - **Plano de saúde** - Obrigaçāo de fazer c.c. indenizaçāo por danos morais - Contratos realizados com operadoras de plano de saúde pertencentes ao mesmo grupo empresarial - **Pleito de portabilidade de carências** - Tutela antecipada concedida para obrigar a ré a garantir cobertura de procedimento de radiocirurgia e demais tratamentos decorrentes da doença, especialmente radioterapia e quimioterapia, diante da urgência do tratamento e da precária situação de saúde da autora - Inconformismo - Inadmissibilidade - **Presença dos requisitos do art. 273 do Código de Processo Civil - Proteção do direito à vida e à saúde** - Ciēncia quanto à cláusula de cobertura parcial temporária em razão de declaração de doença preexistente que não elide sua eventual abusividade, diante do provável direito de aproveitar os prazos de carência do primeiro contrato - Decisão mantida - Recurso desprovido.

APELANTE: CAROLINA MARQUES  
APELADOS: SNAPSYSTEMS PROJETO DE SOFTWARE LTDA E SUL  
AMERICA SEGURO SAUDE S/A  
COMARCA: SÃO PAULO  
VOTO Nº 1473

**PLANO DE SAÚDE – MANUTENÇÃO – Empregadora que arcava integralmente com o prêmio** – Contribuição do empregado que se configura como salário indireto - **Funcionário demitido sem justa causa – Continuidade do plano de saúde nas mesmas condições que gozava anteriormente, desde que arque com o pagamento integral do prêmio – Inteligência do artigo 30 da Lei 9.656/98 e Resolução Consu 20/99** – Manutenção assegurada por, no mínimo, um terço do tempo que manteve o vínculo de trabalho ou seis meses – **DANOS MATERIAIS** – Valores despendidos particularmente, quando deveriam ter sido cobertos pelo plano de saúde - **DANOS MORAIS** – Autorização não concedida pelo plano – Possibilidade de internação somente após decisão judicial - Danos morais caracterizados, ante o prolongamento da aflição psicológica sofrida – Verba reparatória compatível com as peculiaridades da demanda - Sentença de improcedência, reformada – Recurso provido.

**“Plano de saúde coletivo. Possibilidade de manutenção do funcionário demitido, cabendo a ele o pagamento das mensalidades precedentes. Impossibilidade de rescisão unilateral e de forma abrupta** pessoa idosa e com problemas de saúde - **incidência do Código de Defesa do Consumidor e Lei nº 9.656/98** indenizaçāo por dano moral, entretanto, descabida. Recurso do réu parcialmente provido, v.u.” (Ap. Cível nº 0209846.39.2009.8.26.0100, Rel. A.C.Mathias Coltro, j. 6.7/11

**"COMINATÓRIA - PLANO DE SAÚDE - MIGRAÇÃO DE PLANO COLETIVO PARA INDIVIDUAL, SEM SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE - PRORROGAÇÃO DO VÍNCULO CONTRATUAL - EXIGÊNCIA DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA QUE SE MOSTRA ABUSIVA E CONTRÁRIA AO PRINCÍPIO DA BOA-FÉ OBJETIVA - AÇÃO PROCEDENTE - RECURSO PROVIDO."** (Ap. Cível nº 9078944.19.2007.8.26.0000, rel. Des. Erickson Gavazza Marques, j. 6.7.2011).

Processo nº 1083039-15.2013.8.26.0100 – Cautelar Inominada

Foro Regional VIII – Tatuapé – 4ª Vara Cível

Juíza: Mariana Dalla Bernardina

Requerente: Samanta Cordeiro

Requerida: Amil Assistência Médica Internacional S.A.

DECISÃO:

“...

A análise dos argumentos trazidos com a inicial denotam a existência da verossimilhança das alegações, bem como o perigo da demora do provimento jurisdicional, uma vez que se cuida de contrato de prestação de serviços de assistência médica. Além disso, em um juízo de cognição sumária, revela-se abusiva a negativa de requerida em realizar a portabilidade do plano empresarial para plano individual, mediante pagamento de contraprestação pela autora.

Assim, tendo em vista que o rompimento do contrato vigente poderá trazer prejuízos de grande monta à saúde da autora, que está em período final de gestação, **DEFIRO a antecipação dos efeitos da tutela pretendida para determinar que a ré promova a imediata modificação do plano de saúde da autora (e seus dependentes) da categoria empresarial para a categoria individual, sem prazo de carência, na mesma categoria do plano em vigor (Plano Blue 600), mediante o pagamento do valor do referido plano, devendo a ré enviar os boletos para o endereço da autora,** sob pena de incidência de multa diária que ora fixo em R\$ 100,00 (cem reais), limitada ao montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). Expeça-se o necessário...” (grifo nosso)

### DA APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

A relação existente entre a Requerente e a Requerida, por força do disposto no artigo 3º da Lei 8.078/90, é tipificado como relação de consumo, onde, sendo o consumidor, reconhecido como a parte hipossuficiente da relação, estabelece-se uma série de princípios e regras que devem ser obedecidas, tanto pelos setores que possuem regras específicas (bancos, consórcios, serviços públicos em geral,

etc) como nos casos dos planos de saúde, imporem aos interessados, um contrato de adesão, impossibilitando qualquer modificação, buscam através deste, isentar-se de qualquer obrigação, em total violação da Constituição Federal, das normas infra-constitucionais, em especial, do Código de Defesa do Consumidor.

A propósito, da aplicação do Código de Defesa do Consumidor, a relação entre as partes no plano ou no seguro de saúde, o Superior Tribunal de Justiça, decidiu:

“PLANO DE SAÚDE. Centro Trasmontano. Internação. Hospital não-conveniado – omissis – A operadora de serviços de assistência a saúde quer presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo Código de Defesa do Consumidor, pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota. Recurso não conhecido.” (Recurso Especial (Resp) nº 267530-SP, RIP 2000/00718106, 4ª Turma, Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar, j. 14.12.2000, DJ 12.03.2001). (grifo nosso)

Com especial realce, aplicáveis a presente lide os artigos **6º, I a VIII, 14, 47, 51, caput e IV, § 1º, I e II, 54, § 4º, 81, caput, primeira parte, 83 e 84**, todos do **Código de Defesa do Consumidor**.

Por estes princípios, vigora o princípio da **intangibilidade da dignidade humana, que é o princípio maior da Carta Magna** (art. 6º, I), a necessidade da efetiva prevenção e reparação dos danos morais e patrimoniais da consumidora, ora Requerente, com livre acesso inclusive ao Poder Judiciário (art. 6º, VI e VII), facilitando a defesa em juízo por diversos meios, com a inversão do ônus da prova (art. 6º, VIII), responsabilidade objetiva do fornecedor de serviços (art. 14), a interpretação das cláusulas contratuais interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47), a nulidade de cláusulas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, como a limitação do valor de reembolso de despesas, e a que restringe direitos e obrigações fundamentais inerentes a natureza do contrato (art. 51, caput e IV, § 1º, I e II), e a possibilidade de se manejar, em defesa do consumidor, qualquer tipo de ação capaz de garantir os seus direitos (art. 81, caput e 83), podendo o juiz, conceder tutela específica, em caso de obrigação de fazer, mesmo liminarmente, impondo multa diária pelo descumprimento, revertida em favor do consumidor (art. 84).

Todas essas disposições são aplicáveis por se tratar de nítida relação de consumo, conforme conceitos extraídos do próprio Código de Defesa do Consumidor.

A respeito do tema, leciona Nelson Nery Junior, *in* Código Brasileiro de Defesa do Consumidor – Comentado pelos autores do anteprojeto, 6<sup>a</sup> edição, revista atualizada e ampliada, Editora Forense Universitária, Rio de Janeiro, p. 476-477 e 489:

“Os princípios da teoria da interpretação contratual se aplicam aos contratos de consumo, com a ressalva do maior favor ao consumidor, por ser a parte débil da relação de consumo. Podemos extraír os seguintes princípios específicos da interpretação dos contratos de consumo: a) a interpretação é sempre mais favorável ao consumidor; b) deve-se atender mais a intenção das partes do que à literalidade da manifestação de vontade (art. 85, Código Civil); c) a cláusula geral de boa-fé reputa-se ínsita em toda a relação jurídica de consumo, ainda que não conste expressamente do instrumento do contrato (art. 4º, caput, e nº III, e 51, nº IV, do CDC); d) havendo cláusula negociada individualmente, prevalecerá sobre as cláusulas estipuladas unilateralmente pelo fornecedor; e) nos contratos de adesão, as cláusulas ambíguas ou contraditórias se fazem contra stipulatorem, em favor do aderente (consumidor); f) sempre que possível interpreta-se o contrato de consumo, de modo a fazer com que as cláusulas tenham aplicação extraindo-se delas um máximo de utilidade (princípio de conservação)”.

O Código de Defesa do Consumidor albergando os direitos da Requerente, é suficiente para justificar a presente demanda, entretanto, merece destaque ainda, os termos da Lei nº 9.656/98, que trata dos planos de saúde, e da Lei nº 10.185/01.

Perfeitamente aplicável ao presente caso o disposto no artigo 1º, I, da Lei nº 9.656/98, com a redação que foi dada pela MP nº 2.177-44, em vigor, conforme a EC nº 32/2001, veda as limitações financeiras, outrora permitidas, nos planos de saúde. Em outras palavras, não podem mais as operadoras de planos de saúde, nem de seguro-saúde, sujeitar os segurados nos limites de gastos, pois iriam ferir a finalidade do contrato, que é garantir a saúde, o que também é vedado pelo Código de Defesa do Consumidor.

Não podemos esquecer que este assunto, encontra-se pacificado no Tribunal de Justiça de São Paulo, conforme previsto na Súmula nº 100:

**“O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/98, ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”.**

Por conta, dessas disposições legais e em razão da boa-fé contratual e do equilíbrio da base contratual é o que se espera pela procedência do pedido abaixo formulado.

### **DO ESTATUTO DO IDOSO**

Conforme se verifica, no incluso documento, a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa tem **81 anos** de idade, razão pela qual requer que seja observado o disposto no artigo 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, que prevê:

“Art. 71. É assegurada a prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

§ 1º. O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.”

## DA ANTECIPAÇÃO DE TUTELA

Interpretando o art. 273 do Código de Processo Civil, a doutrina afirma que: “O primeiro requisito para a concessão da tutela antecipatória é a probabilidade de existência do direito afirmado pelo demandante. Esta probabilidade de existência nada mais é, registre-se, do que o *fumus boni iuris*, o qual se afigura como requisito de todas as modalidades de tutela sumária, e não apenas da tutela cautelar. Assim sendo, deve verificar o julgador se é provável a existência do direito afirmado pelo autor, para que se torne possível a antecipação da tutela jurisdicional. Não basta, porém, este requisito. À probabilidade de existência de direito do autor deverá aderir outro requisito, sendo certo que a lei processual criou dois outros (incisos I e II do art. 273). Estes dois requisitos, porém, são alternativos, bastando a presença de um deles, ao lado da probabilidade de existência do direito, para que se torne possível a antecipação da tutela jurisdicional. Assim é que, na primeira hipótese, ter-se-á a concessão da tutela antecipatória porque, além de ser provável a existência do direito afirmado pelo autor, existe o risco de que tal direito sofra um dano de difícil ou impossível reparação (art. 273, I, CPC). Este requisito nada mais é do que o *periculum in mora*, tradicionalmente considerado pela doutrina como pressuposto da concessão da tutela jurisdicional de urgência (não só na modalidade que aqui se estuda, tutela antecipada, mas também em sua outra espécie: a tutela cautelar)”. (CÂMARA, Alexandre, Lições de Direito Processual Civil. Lumen Iuris: São Paulo, 2000. pp. 390-1). (grifo nosso)

O instituto da antecipação de tutela foi criado com o intuito de reformar o processo civil brasileiro, de maneira a lhe dar maior eficiência, prestigiando a solução real dos conflitos levados ao Judiciário, ainda que com algum sacrifício de forma. O direito processual direciona-se no sentido de buscar fórmulas de efetivar a prestação jurisdicional. O principal objetivo é a presteza na entrega da

prestação jurisdicional. Isto porque, devido à morosidade, muitas vezes, o provimento jurisdicional pode chegar tarde demais, o que causa sérios danos a quem busca seus direitos, principalmente quando se tratam de direitos fundamentais e indisponíveis, como no presente caso.

É válido ressaltar a importância do instituto da antecipação de tutela e de seu uso, nas palavras de Luiz Guilherme Marinoni e Sérgio Cruz Arenhart, *in verbis*:

*Não há motivos para timidez no seu uso, pois o remédio surgiu para eliminar um mal que já está instalado, uma vez que o tempo do processo sempre prejudicou o autor que tem razão. É necessário que o juiz comprehenda que não pode haver efetividade sem riscos. A tutela antecipatória permite perceber que não é só a ação (o agir, a antecipação) que pode causar prejuízo, mas também a omissão. O juiz que se omite é tão nocivo quanto o juiz que julga mal. Prudência e equilíbrio não se confundem com medo, e a lentidão da justiça exige que o juiz deixe de lado o comodismo do antigo procedimento ordinário - no qual imaginam que ele não erra - para assumir as responsabilidades de um novo juiz, de um juiz que trata dos "novos direitos" e que também tem que entender - para cumprir com sua função sem deixar de lado sua responsabilidade social - que as novas situações carentes de tutela não podem, em casos não raros, suportar o mesmo tempo que era gasto para a realização dos direitos de sessenta anos atrás, época em que foi publicada a célebre obra de CALAMANDREI, sistematizando as providências cautelares.*

É nítido que há, no caso em questão, a configuração de um dano potencial, um risco que corre o processo principal de não ser útil ao interesse demonstrado pela parte. No caso em questão o perigo na demora é cabal, pois se não for feita a imediata migração, com urgência, e sem carência, a Requerente, pode ficar sem os médicos e a rede credenciada, ambos disponibilizados pela

Requerida, em razão da dificuldade em encontrar um leito e risco de contaminação nos hospitais da rede pública, a Requerente poderá sofrer danos irreversíveis em sua saúde.

Ademais, em se tratando de uma pessoa idosa com 81 (oitenta e um) anos de idade e portadora de DIABETES MELLITUS TIPO 2, HIPERTENSÃO ARTERIAL E OSTEOPERNIA (CID E-66.9 e I-10), é óbvio que o prejuízo já existe para a Requerente, que de forma indigna, humilhante e dolorosa, vê o seu pedido de portabilidade de plano coletivo para o individual, negado pela Requerida.

O que deve-se evitar neste caso, é o risco de uma MORTE, em razão do frágil quadro de saúde da Requerente, Iolanda Bezerra da Costa.

Fica então patente a urgência de pedir, em estrita cautela, para que a necessidade da Requerente continue, sendo atendida pela INTERMÉDICA, através de um plano individual. Finalmente, cumpre mencionar que além de todos os aspectos relevantes acima expostos, a urgência da medida visa impedir a continuidade do sofrimento físico e psíquico que a Requerente e seus familiares, tem que suportar com a recusa da migração do plano coletivo para o individual, sob inconsistente justificativa da Requerida.

Além disto, a concessão de tutela antecipada não acarretará nenhum prejuízo a Requerida, que somente estará dando cabo às suas precípuas obrigações.

Logo, diante das consequências irreversíveis que podem acometer a Requerente desta ação, caso não seja feita a migração do plano coletivo para o individual, sem carência e com urgência, é que se pleiteia a antecipação de tutela, *inaudita altera pars*, em relação a Requerida, mormente em se considerando necessária a adoção de medidas pela Requerida para a realização da migração do plano, sem carência e utilização da rede credenciada, as quais também demandam tempo.

**DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**

Sabe-se que a Requente, Iolanda Bezerra da Costa, não possui condições de arcar com as despesas inerentes ao processo judicial, podendo, por assim dizer, que é “pobre” na acepção jurídica da palavra, nos termos da Lei nº 7.115/83, arts. 1º e 2º, Lei nº 1.060/50 e 7.510/86, e pleitear os benefícios da Justiça Gratuita, assegurado no artigo 5º, LXXIV da Constituição Federal, conforme se verifica através da declarações anexa.

Sendo assim, não é possível para a Requerente, suportar o pagamento de custas processuais e demais despesas, sem que haja prejuízo do próprio sustento, haja vista, que é aposentada.

**REQUERIMENTOS**

Diante do exposto, nos termos do artigo 222, do Código de Processo Civil, requer, seja a Requerida citada por carta, na pessoa de seu Gerente Estadual e/ou representante legal, no endereço informado anteriormente, para que, no prazo legal, conteste a presente ação e os pedidos supra mencionados, sob pena de revelia.

**Requer, a migração imediata do plano coletivo para um plano individual para a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, sem prazo de carência, com a devida cobertura de consultas, exames, internações na rede credenciada, semelhante ao que é ofertado no atual, Plano Executivo AG-1.**

**Requer a expedição de boletos de pagamento, para os meses seguintes, até o fim de sua vida, com o mesmo valor do mês de fevereiro de 2014, ou seja, R\$ 456,74 (quatrocentos e cinquenta e seis reais e setenta e quatro**

## ONODERA ADVOCACIA

---

centavos), para que a Requerente, Iolanda Bezerra da Costa, continue em dia com os pagamentos, bem como a confecção de nova carteira de identificação do plano de saúde.

Requer, outrossim, pelos benefícios concedidos pela justiça gratuita, na forma da Lei nº 1.060/50, pois a Requerente não tem condições de suportar o pagamento de custas processuais e demais despesas.

Requer, também, caso venha a ser necessário, seja concedido aos Srs. Oficiais de Justiça, os benefícios aludidos pelo artigo 172 e seus parágrafos do Código de Processo Civil, no cumprimento das diligências.

Requer, ainda, pelo legítimo direito de produzir todas as provas que se fizerem necessárias, especificando desde já, o depoimento pessoal do Gerente Estadual e/ou representante legal da Requerida, sob as penas da lei, inquirição de testemunhas, juntada de documentos, perícia, diligências contábeis ou técnicas, tudo para que, ao final, seja a presente ação **JULGADA PROCEDENTE** e condenada a Requerida no pagamento das custas processuais e honorários advocatícios pretendidos, desde já, em 20% (vinte por cento) sobre o valor da ação, devidamente corrigida à época da condenação.

O subscritor desta, garante, sob as penas da lei, que os documentos juntados são cópias fiéis aos documentos originais.

Dá-se a causa, para efeito de alçada, o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Termos em que,  
Pede e espera deferimento.

São Paulo, 20 de fevereiro de 2.014.

**ANDRÉ KIYOSHI DE MACEDO ONODERA**  
**OAB/SP nº 270.975**

Rua Dr. Tomás Carvalhal, 496/103, Paraíso, São Paulo, SP, CEP 04006-001  
Tel. (011) 3473-4344 / E-mail: [andre@onodera.adv.br](mailto:andre@onodera.adv.br)  
[www.onodera.adv.br](http://www.onodera.adv.br)