

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA __ VARA CÍVEL DO FORO REGIONAL II - SANTO AMARO, COMARCA DA CAPITAL

URGENTE

PATRÍCIA DÓRIS TAWIL, comerciante, brasileira, solteira, inscrita no CPF sob nº 151.845.658-84, residente e domiciliada na Rua Vespasiano de Oliveira, nº 33, Vila Elvira, CEP 04725-040, São Paulo – SP, com endereço eletrônico patricia@joliejolie.com.br, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, propor **ACÃO DECLARATÓRIA (com pedido de tutela de urgência)** em face da **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 29.309.127/0001-79, e-mail desconhecido, com sede na Rua Arquiteto Olavo Redig de Campos, nº 105, 6º ao 21º andares, Vila Francisco, CEP 04711-904, São Paulo – SP, pelas razões de fato e de direito a seguir expostas.

SÍNTESE

A requerente é beneficiária de plano de saúde familiar oferecido pela requerida denominado “Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar AMIL” (contrato nº 18880081 – doc. 02), tendo aderido ao mesmo em 1º de agosto de 1997, há quase 23 anos, portanto.

Desde então, a requerente e seus familiares sempre honraram com suas obrigações decorrentes do contrato, e vêm usufruindo normalmente dos serviços prestados pela AMIL.

Em dezembro de 2015, inclusive, a Srta. PATRÍCIA foi diagnosticada com tumor maligno na tireoide (Carcinoma Papilífero na Tireoide, de categoria VI do Sistema Berthesda – doc. 03), moléstia da qual ainda padece, e nunca teve problemas para ter custeados os frequentes acompanhamentos médicos, exames e medicamentos necessários para a luta contra essa difícil doença.

Em 31 de janeiro de 2020, no entanto, a srta. PATRÍCIA e demais beneficiários foram surpreendidos com uma correspondência da AMIL avisando que os dependentes vinculados ao contrato, por terem mais de 25 anos, só teriam cobertura até 31 de março de 2020 (doc. 04).

Mais não fosse pelo fato de estar lutando contra um câncer, o que lhe gerou uma enorme e imediata preocupação, essa correspondência surpreendeu a requerente porque ela tem, hoje, 46 anos, tendo o contrato se aperfeiçoado nos últimos 21 anos de modo a superar essa “não cobertura” após “idade limite” que a AMIL agora, duas décadas depois, tenta ressuscitar.

Por isso, a Srta. PATRÍCIA entrou em contato telefônico com a central de atendimento da AMIL (protocolo nº 32630520200205086996), mostrando que não poderia ficar sem o plano de saúde que há 23 anos garante seus interesses, pois o tratamento oncológico a que se submete a impediria de encontrar proteção no mercado cada vez mais concentrado e elitista de seguros e planos de saúde .

No dia 17 de fevereiro de 2020, em resposta a este protocolo de atendimento, a AMIL encaminhou nova correspondência (doc. 05), onde, evocando a cláusula nº 3.3.2 do contrato de adesão, insistiu que realizaria “o cancelamento dos dependentes filhos [de Charles Eduardo Tawil] ao atingirem a idade limite de: 25 (vinte cinco) anos”, mas ressaltando o seguinte:

“não efetuaremos o cancelamento na Beneficiária: PATRICIA DORIS TAWIL em razão de tratamento oncológico, no entanto, cabe mencionar que a decisão tem caráter momentâneo levando em consideração a situação atual da beneficiária em questão, ou seja, a Operadora pode há qualquer momento executar clausula contratual. Reforçamos a importância da V.Sa. contratar novo plano de saúde para a beneficiária em questão, nos moldes acima já esclarecidos.”

Tal “solução”, evidentemente, não tranquilizou a requerente. Muito pelo contrário!

Em primeiro lugar, não podemos deixar de consignar que a AMIL parece acreditar que estaria fazendo um favor à requerente, ignorando que é sua obrigação manter a srta. PATRÍCIA protegida pelo plano.

Segundo, esse imaginado “favor”, apesar de momentaneamente permitir a continuidade da avença, deixa claro que a operadora pode a qualquer tempo, sem que a beneficiária tenha como intervir, “mudar de ideia” e comunicar o cancelamento do mesmo em relação à srta. PATRÍCIA, mesmo durante o tratamento oncológico

Foi nesse cenário de grande insegurança e aflição que a requerente procurou mais uma vez a requerida pelo serviço de 0800 (protocolo nº 32630520200309046425), pedindo um maior esclarecimento em relação à manutenção do plano em relação a si, e questionando o porquê da AMIL não lhe oferecer um novo plano, nos mesmos moldes do vigente, como prevê a mesma cláusula contratual (cláusula 3, item 3.4).

A resposta, contudo, manteve esse cenário inalterado. Por telefone mesmo, a atendente disse que não seria possível alocar a requerente em outro plano da própria AMIL, como prevê o contrato, se valendo da velha e manjada desculpa – a qual o poder judiciário não cansa de tachar de ilegal -, de que a operadora não mais oferece planos individuais ou familiares, somente coletivos.

Já a resposta em relação à necessidade de efetiva continuidade da avença pelo menos até a alta médica chegou alguns dias depois, em 31 de março de 2020, por *e-mail* (doc. 06), quando a AMIL se limitou a repetir que:

“Informamos, por ora, que não efetuiremos o cancelamento do(s) beneficiário(s): **PATRICIA DORIS TAWIL** em razão de tratamento complexo informado na presente demanda, qual seja: **tratamento oncológico**, no entanto, cabe destacar que a decisão tem caráter momentâneo, levando em consideração a situação atual do(s) beneficiário(s) mencionados.

Pelo motivo acima exposto, reforçamos a importância de V.Sa. providenciar a contratação de novo plano de saúde, para o (s) beneficiário (s) mencionados.”

É um absurdo esse estado de coisas, Excelência, e é por isso que a requerente se viu obrigada a ajuizar a presente demanda. Evidentemente, ela não pode, **e não precisa**, “providenciar a contratação de novo plano”. Deve permanecer onde está, cuidando tranquilamente de seu tratamento.

DELIMITANDO A CONTROVÉRSIA

Trata-se de ação onde a requerente pretende sejam declaradas judicialmente (i) a abusividade do eminente cancelamento do plano de saúde em relação a si; e, conseqüentemente, (ii) a continuidade da avença (contrato nº 18880081), nos mesmíssimos termos hoje vigentes, pelo menos até a alta médica em relação ao tratamento oncológico ao qual se submete desde 2015.

Essa pretensão é amparada no Código de Defesa do Consumidor, na Lei nº 9.656/1998, no princípio da boa-fé objetiva, que veda o *venire contra factum proprium*, na notória função social dos seguros e planos de saúde e, finalmente, na própria natureza securitária da avença.

Formularemos, também, um pedido cominatório alternativo, amparado no contrato, no sentido de que a AMIL seja obrigada a fornecer à srta. PATRÍCIA um novo plano, nas mesmas condições do atual, como prevê a cláusula 3.4 do contrato que ela própria predispos.

Vale dizer, se ela que se valer da cláusula 3 (3.3.2) para excluir a requerente do plano, ainda que o contrato tenha se aperfeiçoado de modo a revogar referida disposição, deverá utilizar a mesma cláusula (3.4) para inserir a requerente num outro plano, com as mesmas condições do atual.

APLICAÇÃO DO CDC E DA LEI DOS PLANOS DE SAÚDE

(TJSP, SÚMULA 100)

O e. TJSP sumulou, pelo verbete nº 100, o entendimento segundo o qual o “contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do

Consumidor e da Lei 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”.

No caso em tela, a discussão se dá sobre a manutenção do plano de saúde em relação à requerente nos termos acordados no contrato nº 18880081, tendo em vista a ameaça de que, a qualquer tempo, a AMIL pode cancelar o contrato em relação à autora.

Deverá esse d. juízo, portanto, na análise sistemática que fará para a solução dessa controvérsia, levar em conta também as normas cogentes destes dois diplomas legais, o que se requer.

BOA-FÉ OBJETIVA E A VEDAÇÃO AO *VENIRE CONTRA FACTUM PROPRIUM*

Como já fora destacado anteriormente, a autora é beneficiária do contrato nº 18880081 desde 1997. Nascida em 1973, é solteira e atualmente tem 46 (quarenta e seis) anos de idade.

Ocorre que a AMIL, não se sabe sob qual pretexto, resolveu agora que poderia excluir os beneficiários dependentes do plano, alegando que só se enquadrariam neste conceito aqueles solteiros com até 25 (vinte e cinco) anos de idade.

Tal **comportamento contraditório** da AMIL, de deixar o contrato se aperfeiçoar por mais de duas décadas de modo a revogar tacitamente essa “idade limite” para beneficiários dependentes, e 21 anos depois, sem mais nem menos, de uma hora para outra, pretender excluir a autora e seus irmãos do contrato (todos com mais de quarenta anos!), claramente configura o indesejável e antijurídico *venire contra factum proprium* (CC, art. 113,§1º)¹, o qual viola de forma frontal o princípio da boa-fé objetiva (CC, arts. 187 e 422)².

¹ Art. 113. (...) §1º A interpretação do negócio jurídico deve lhe atribuir o sentido que: I – for confirmado pelo comportamento das partes posterior à celebração do negócio

² Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

Na lição da sempre precisa Professora Judith Martins-Costa:

A doutrina define o *venire contra factum proprium* como a tradução do «exercício de uma posição jurídica em contradição com o comportamento exercido anteriormente pelo exercente». Tradicionalmente, os sistemas jurídicos advindos da tradição do *ius commune* têm como **inadmissível que um agente assuma uma atitude em oposição a uma conduta anterior, ou fundamente a sua posição em um litígio invocando fatos que contrariem as suas próprias afirmações anteriores.**

Tecnicamente, configura um limite ao exercício de um direito subjetivo, ou potestativo, ou de uma faculdade. Para a sua configuração, são exigidos «dois comportamentos da mesma pessoa, lícitos em si e diferidos no tempo. O primeiro – repita-se, o *factum proprium* – é, porém, contrariado pelo segundo»³.

No caso concreto, para além da vedação legal ao *venire contra factum proprium*, o que a requerente acredita bastaria para se declarar a obrigatoriedade de continuidade da avença em relação a si, há um agravante adicional que precisa ser considerado, e que reforça a absurdez da tentativa da AMIL de dizer que “por ora” a srta. PATRÍCIA permanecerá vinculada ao plano.

É que a requerente, como vimos, vem se submetendo a um tratamento oncológico desde 2015, sendo o mesmo indispensável para a manutenção de sua saúde e vida, e nenhuma outra seguradora ou operadora de planos de saúde a aceitaria nesta condição, mercê do caráter de pré-existência que essa moléstia teria nestes novos contratos.

E a fala da AMIL, como se ela estivesse fazendo um favor à requerente, ou seja, de que poderia a qualquer tempo rever seu posicionamento e excluí-la do plano por uma condição contratual já revogada tacitamente ao longo dos últimos 21 anos, torna precária a situação da srta. Patrícia.

Ela não quer, e não pode deixar que a operadora decida arbitrariamente o momento de cancelamento do plano, seja porque a cláusula que a AMIL pretende se valer foi revogada por seu próprio comportamento contrário à mesma, seja por que necessita

³ MARTINS-COSTA, Judith. A Boa-fé no Direito Privado. Critérios para aplicação. 2ªed. SaraivaJur: São Paulo, 2018

continuar o tratamento oncológico indispensável à manutenção de sua saúde e vida, e nenhum outra empresa do mercado aceitaria o risco que ela representa no momento.

Por isso a srta. PATRÍCIA requer seja declarada a abusividade da conduta da AMIL e a continuidade da avença em relação a si, pelo menos até a alta médica.

Mas há outros fundamentos que alicerçam esse pedido. Vamos a eles.

TRATAMENTO ONCOLÓGICO E FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO

O e. TJSP já manifestou em diversos precedentes que reputa como abusiva a conduta da operadora em cancelar unilateralmente o plano de saúde enquanto o beneficiário atingido faz tratamento oncológico, pois viola a função social do contrato e ofende a dignidade da pessoa humana:

“Plano de saúde Relação de consumo Legitimidade passiva Cancelamento de benefícios de dependente em decorrência da idade Impossibilidade Tratamento oncológico em curso Interpretação sistemática Aplicação do art. 13, p. único, III da Lei 9.656/98 Sentença mantida Recurso improvido” (TJSP – Apelação nº 1002456-12.2014.8.26.0002, 6ª Câmara de Direito Privado, Rel. Eduardo Sá Pinto Sandeville, j. 08/06/2016)

“APELAÇÃO. INDEVIDO CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE DE DEPENDENTE. Paciente que está em seguimento clínico oncológico com exames de rotina a cada seis meses, em virtude de câncer de colón e em acompanhamento psicoterapêutico, e não apresentava possibilidade de alta terapêutica quando seus atendimentos foram encerrados, em virtude do cancelamento abusivo da ré. Negativa de cobertura de exames. ABALO MORAL. Dano in re ipsa. A recusa indevida ou injustificada pela operadora em autorizar a cobertura de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, gera direito de ressarcimento a título de dano moral, em razão de tal medida agravar a situação, tanto física, quanto psicologicamente da beneficiária. Entendimento STJ. Apelada deverá expedir os boletos bancários pertinentes, a fim de possibilitar o cumprimento da obrigação. Apelo provido.” (TJSP – Apelação nº 1004222-67.2018.8.26.0291, 5ª Câmara de Direito Privado, Rel. Fábio Podestá, j. 25/03/2019)

“APELAÇÃO PLANO DE SAÚDE Contrato coletivo Demissão sem justa causa Pretensão de manutenção do contrato após o decurso do prazo previsto pelo § 1º do art. 30, da L 9.656/98, em virtude de tratamento oncológico a que submetida a beneficiária dependente Preliminar Legitimação concorrente Pretensão de continuidade do contrato nos termos do art. 30 e 31, da L 9.656/98, que pode ser dirigida tanto ao ex-empregador, quanto ao plano de saúde a que se vincula Súmula nº 101, deste E. TJSP Em regra, não há direito à prorrogação compulsória do contrato por tempo superior ao prazo estabelecido no referido dispositivo

Precedente do C. STJ Distinguishing Circunstâncias excepcionais dos autos, todavia, que justificam a manutenção até que cesse o tratamento médico a que submetida a paciente Doença grave Cancelamento nesta situação que importaria em ofensa à função social do contrato e à dignidade da pessoa humana Aplicação análoga do art. 13, inc. III, da Lei 9.656/98 Sentença de procedência mantida NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO.” (TJSP – Apelação nº 1011151-90.2017.8.26.0602, 8ª Câmara de Direito Privado, Rel. Alexandre Coelho, j. 08/08/2018)

“PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. Legitimidade passiva da seguradora de saúde, porquanto é quem presta os serviços médicos a que visa manter a rescisão, e dela proveio o pedido de cancelamento da apólice. Cláusula abusiva. Justa expectativa da preservação dos serviços médicos e hospitalares, sobretudo por haver beneficiários em tratamento oncológico; em período gestacional e outros tipos de terapêuticas. **Tutelar a possibilidade de rescisão unilateral equivaleria a conferir às rés a oportunidade de esvaírem sua prestação contratual, no momento em que esta se afigurasse presente. Ofensa à função social do contrato e à boa-fé contratual. Manutenção devida.** Sentença reformada. Apelos das rés improvidos. Apelação dos autores provida.” (TJSP – Apelação nº 1000838-30.2017.8.26.0001, 5ª Câmara de Direito Privado, Rel. Fábio Podestá, j. 07/06/2018)

No caso em tela, assim como nos precedentes que acabamos de citar, a exclusão da requerente como beneficiária esvaziaria a função social do contrato (art. 421, CC), justamente a de dar assistência médica para prevenir doenças e **tratar de forma continuada** aquelas que acometerem o beneficiário, nos exatos termos do art. 1º, inc. I da Lei nº 9.656/1998⁴.

Vale dizer, a requerente vem realizando tratamento oncológico de um câncer na tireoide, sem qualquer previsão de quando o tratamento se encerrará, e não pode, em qualquer circunstância, ficar desamparada no momento em que mais necessita de assistência médica, e muito menos, como a comunicação da AMIL deixou claro, viver sobre a ameaça de cancelamento.

⁴ I - Plano Privado de Assistência à Saúde: **prestação continuada** de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor

Por fim, ainda gostaríamos de chamar a atenção para a própria *característica securitária* da avença, a qual também afasta a possibilidade de exclusão (e de ameaça de exclusão) da requerente do plano de saúde

Ora, se a doença foi descoberta e seu tratamento se iniciou enquanto vigente o contrato, e isso é indiscutível, de rigor a continuidade da proteção hoje vigente enquanto perdurar a moléstia e o tratamento a ela inerente, assim como acontece em qualquer outro seguro existente.

Esse é mais um fundamento que justifica a manutenção do contrato hoje vigente em relação a Srta. PATRÍCIA, pelo menos até a alta médica.

Ou isso, ou a AMIL deve ser compelida a oferecer um novo plano, nas mesmíssimas condições do atual, conforme prevê o próprio contrato que predispôs.

PEDIDO COMINATÓRIO ALTERNATIVO

(CLAUSULA 3.4 – OFERECIMENTO DE NOVO PLANO)

Os tópicos anteriores deixaram mais do que evidente a necessidade de manutenção do contrato atualmente vigente em relação à requerente.

Porém, ainda que se entendesse que isso não é possível, o que só se admite para argumentar, há uma cláusula contratual que impõe à AMIL que ofereça a ela um outro plano.

O pedido alternativo que se formulará, portanto, é o de cumprimento, pela AMIL, da clausula 3.4 do contrato que ela própria predispôs, que diz que, nos casos de exclusão de beneficiários dependentes, por atingirem a “idade limite”, ou por se casarem, os mesmos deverão ser incluídos num novo plano:

3.3 - Contrato Familiar é aquele que tem, no momento da assinatura da proposta contratual, como beneficiários, casal com idades que perfaçam média de até 50 (cinquenta) anos, podendo também ser incluídos como beneficiários deste contrato somente seus filhos solteiros, até a data em que completarem 25 anos.

3.3.1 - Nenhum dos integrantes do casal poderá ter idade superior a 60 (sessenta) anos, no momento da assinatura da proposta contratual.

3.3.2 - Ao completar 25 (vinte e cinco) anos, o (a) filho (a) do beneficiário titular deverá ser excluído(a) deste contrato.

3.3.3 - O titular deverá solicitar, à AMIL, a exclusão do(a) filho(a) que se casar.

3.3.4 - A AMIL permitirá a inclusão do(a) filho(a), excluído(a) pelos motivos acima, em novo plano, até 30 (trinta) dias após a causa da exclusão, **garantindo-lhe os mesmos direitos convencionados na cláusula da Transferência de Plano.**

Ocorre, Excelência, que a AMIL não deu qualquer alternativa para a requerente, e quando questionada, disse que não oferece mais planos individuais ou familiares, e que por isso estaria impossibilitada de cumprir o contrato que ela mesma redigiu e ao qual a requerente só fez aderir.

Essa é uma “carta na manga” que todas as operadoras no Brasil, e não só a AMIL, acreditam ter. Por não oferecerem mais planos individuais, acham-se no direito de não dar qualquer opção aos consumidores.

Não é bem assim...

Pedimos vênia para um pequeno parêntese para explicar o porquê da quase extinção dos planos individuais ou familiares, como uma **opção dos agentes do mercado**, que querem menos controle e mais lucro, e não por algum motivo de impossibilidade de oferecimento:

Essas modalidades de planos são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que dispõe de regras rígidas sobre a elaboração dos contratos, rescisão contratual, reajustes limitados, entre outras especificações que protegem o consumidor de eventuais abusos por parte da empresa.

Por outro lado, os planos corporativos, que atualmente dominam o mercado, não possuem regulação específica, situação que dá margem à operadora do plano de saúde para prosseguir com altos reajustes, ruptura unilateral, rejeição de idosos e de pessoas com doenças preexistentes etc. Nessas modalidades, quando o contrato não é mais vantajoso para a empresa, ela trata de rescindi-lo, e nem mesmo nossa Corte Infraconstitucional está vedando esse comportamento atualmente.

Assim é que as operadoras recorrem à comercialização de produtos que tem pouca ou nenhuma regulação. Procuram a comercialização de produtos que possuem uma maior liberdade para vender, e ainda maior para rescindir, ainda que imotivadamente. Se as normas não estabelecem limites para isso, o interesse lucrativo do empresário oprime diretamente o interesse do consumidor.

No lugar de proteger, a ANS, com a sua abstenção em regular os planos corporativos e por adesão, faz com que as operadoras de plano de saúde fiquem livres para escolher tão somente aquelas opções de venda mais vantajosas para elas mesmas, sem se preocupar com os danos que recaem sobre os consumidores.

E essa ausência de oferta de planos individuais e familiares começa a movimentar, inclusive, um mercado negro de planos de saúde: alguns corretores cobram para o futuro beneficiário determinada quantia para que ele se filie a um sindicato para poder ter acesso ao plano! Do contrário, teria de abrir um CNPJ para conseguir a adesão.

Resultado: não há mais oferta de planos individuais ou familiares. Regulados demais e com limitações que protegem o consumidor, dão mais dor de cabeça e menos lucro às empresas. Podendo não ofertá-los, é assim que age a operadora, o que a AMIL certifica por meio de sua atitude.

Demonstrada essa realidade, voltemos ao caso concreto.

Pode a AMIL simplesmente excluir a requerente do plano por ela ter mais de 25 anos, sendo que ela tem 46 e nada foi dito nos últimos 21 anos? Pode excluir sem oferecer a ela, que sem encontra em tratamento oncológico, a opção prevista no contrato de adesão, na mesma cláusula que está pretendendo utilizar?

A resposta é NÃO!

Ora, se ela não oferece planos nas mesmas condições (individuais ou familiares) porque os mesmos implicam um maior controle da ANS e menor liberdade para tratar o consumidor como reles mercadoria, que a AMIL crie um para oferecer à srta. PATRÍCIA!

O que a requerida pretende, se valendo desse infame argumento, é se **beneficiar da própria torpeza**, o que viola a norma do art. 422 do Código Civil. Ou seja, deixa de oferecer plano melhor para os consumidores, e usa o fato de não mais oferecê-los para

não dar qualquer alternativa aos mesmos, ainda que o contrato que ela própria redigiu, e que vige ininterruptamente nos últimos 23 anos, diga o contrário.

A requerente confia que este d. juízo não permitirá este absurdo estado de coisas e, alternativamente, requer seja a AMIL condenada a incluir a srta. PATRÍCIA num plano nas mesmíssimas condições do vigente (preço, abrangência e rede referenciada), pouco importando se ela atualmente diz não mais oferecer produto semelhante.

TUTELA DE URGÊNCIA – CPC, ART. 300

Como fora relatado anteriormente, a requerente atualmente faz acompanhamento e tratamento para um câncer maligno na tireoide, diagnosticado em dezembro de 2015.

No entanto, diante dos comunicados da requerida enviados por e-mail nos dias 17 de fevereiro e 31 de março de 2020, a srta. PATRÍCIA se vê em eminente perigo de ficar desamparada quanto ao tratamento de sua doença, o que claramente coloca sua vida em risco.

Sua manutenção no plano de saúde que há 23 anos garante seus interesses não é um favor que a AMIL está fazendo, tampouco essa situação está sujeita ao humor da operadora de planos de saúde, como ela parece acreditar.

A AMIL deve mantê-la vinculada ao contrato pelo menos enquanto perdurar o tratamento oncológico, até a alta médica (término do período de remissão da doença); ou então deve oferecer outro plano, nas mesmíssimas condições de custo, abrangência e rede referenciada, como o contrato que ela própria predispôs determina.

O art. 300 do Código de Processo Civil (CPC) determina que a tutela em caráter de urgência “será concedida quando houver elementos que evidenciam a probabilidade do direito e o perigo de dano”.

A probabilidade do direito da requerente é evidente, e como vimos decorre da vedação ao *venire contra factum proprium*, da função social e da natureza securitária desta avença, e até de disposições do próprio contrato de adesão. Há, também, vasta jurisprudência a acolher a pretensão da srta. PATRÍCIA.

Além disso, ela foi diagnosticada com um câncer maligno, e precisa continuar o tratamento iniciado e realizado de forma ininterrupta desde 2015, sendo inimaginável permitir que fique sem plano de saúde quando mais precisa de um, bastando a AMIL mudar de idéia.

É justamente deste fato que decorre a urgência (perigo de dano), à medida que a requerida deixa claro em seus comunicados que pode a qualquer momento, arbitrariamente, decidir pelo cancelamento do contrato também em relação à autora.

Ante o exposto, requer a título de tutela de urgência, nos termos dos arts. 300 e seguintes do CPC, a determinação de que a AMIL mantenha o plano de “Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar” nos termos do contrato nº 18880081 durante o tratamento oncológico decorrente do câncer de tireoide, até a alta médica.

Alternativamente, que a AMIL seja instada a, desde já, oferecer outro plano para a requerente, nas mesmas condições do atual, como prevê a cláusula 3.4 do contrato de adesão que ela própria predispôs.

Ainda, para qualquer dos casos, requer o arbitramento de multa, caso haja descumprimento dessa determinação, em valor a ser arbitrado por V. Ex.^a.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, PATRÍCIA DORIS TAWIL requer:

- a) seja concedida a **tutela de urgência** para que (i) se declare a obrigação da requerida em manter o plano de saúde vigente em relação à autora até o fim do tratamento oncológico (alta médica) que está se submetendo; ou alternativamente, (ii) seja a AMIL instada a oferecer um novo plano para a requerente, nas mesmas condições do atual (preço, abrangência e rede credenciada), sob pena de multa a ser arbitrado por V. Ex.^a;
- b) seja determinada a citação postal da ré para, querendo, apresentar resposta no prazo legal;

- c) ao final, sejam **os pedidos julgados procedentes**, confirmando a tutela antecipada, com a declaração de que a autora deve manter o contrato vigente em relação à requerente, e de que é abusiva a tentativa de rescisão unilateral forjada pela operadora; ou, alternativamente, seja julgado procedente o pedido cominatório no sentido de que a AMIL seja obrigada a oferecer um novo plano, nas mesmas condições do atual (preço, abrangência e rede credenciada), como prevê a cláusula 3.4 do contrato.
- d) seja a ré condenada ao reembolso das custas e despesas processuais e ao pagamento de honorários advocatícios, a serem arbitrados à luz do critério subsidiário da equidade (85, §8º do CPC).

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, especialmente o depoimento pessoal da requerida, sob pena de confissão, oitiva de testemunhas e juntada de documentos, bem a aplicação do art. 6º, inc. VIII do CDC, para que haja inversão do ônus da prova;

Por fim, requer que as intimações sejam realizadas em nome do advogado **Tiago Moraes Gonçalves, OAB/SP 242.177**, sob pena de nulidade.

Dá-se à causa o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), à título fiscal.

Pede deferimento.

São Paulo, 30 de março de 2020.

Tiago Moraes Gonçalves
OAB/SP 242.177

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DO FORO REGIONAL II – SANTO AMARO DA COMARCA DA CAPITAL, ESTADO DE SÃO PAULO

Processo nº 1018026-28.2020.8.26.0002

PATRÍCIA DORIS TAWIL, já qualificada nos autos do processo em epígrafe, que propõe contra a **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**, vem, respeitosamente, em atenção à r. decisão de fls. 71/72, requerer o seguinte:

- a) A juntada (i) de cópia da Ficha Cadastral Completa da ré, obtida através da JUCESP - Junta Comercial do Estado de São Paulo (doc. 01);
- b) A juntada dos termos de quitação das 4 (quatro) últimas mensalidades do plano de saúde em discussão (doc. 02); e, por fim
- c) A juntada do mandato constituído ao subscritor (doc. 03).

Em relação à adaptação do plano familiar de assistência à saúde (19/51) à Lei nº 9.656/1998, a autora não possui tal informação. Todavia, em contato telefônico com a central da AMIL (protocolo nº 32630520200409012954), a atendente informou que não houve a referida adaptação, pois, se adaptado fosse, “*apareceria a informação no sistema*”.

De todo modo, a autora gostaria de lembrar que é pacífico no e.TJSP o entendimento segundo o qual “**o contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais**” (súmula 100).

Então, não tendo ainda o e. STF apreciado a questão constitucional pertinente (retroatividade da lei), esse entendimento sumulado pela Corte Estadual deveria prevalecer.

Mas, o que importa realmente mencionar agora, diante desse pedido de esclarecimento formulado por este d. juízo, é que para a concessão da tutela de urgência, sequer é necessário necessária a fundamentação pela Lei nº 9.656/1998, bastando, para tanto, as normas do Código Civil e Código de Defesa do Consumidor que também respaldam o pedido declaratório formulado.

Nestes termos, reiterando o pedido de tutela de urgência (fls. 12/13), pede e espera deferimento.

São Paulo, 25 de abril de 2020.

Tiago Moraes Gonçalves

OAB/SP 242.177

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

COMARCA DE SÃO PAULO

FORO REGIONAL II - SANTO AMARO

2ª VARA CÍVEL

Avenida das Nações Unidas, 22939 - 12º Andar, Sala 23, Jurubatuba - CEP 04795-100, Fone: 11- 5541-8014, São Paulo-SP - E-mail:

stoamaro2cv@tjsp.jus.br

Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**DECISÃO**

Processo Digital nº: **1018026-28.2020.8.26.0002**
 Classe - Assunto: **Procedimento Comum Cível - Tratamento médico-hospitalar**
 Requerente: **Patricia Doris Tawil**
 Requerido: **Amil Assistência Médica Internacional S/A**

Juiz(a) de Direito: Dr(a). **Carlos Eduardo Santos Pontes de Miranda**

Vistos.

1. Recebo a petição de fls. 74/75 como emenda da inicial.

2. Os documentos de fls. 55/59 e 64/65 provam que a parte autora é portadora de carcinoma maligno e que realiza tratamento custeado pela parte ré desde 2015.

Já os documentos de fls. 18 e 112/113 provam que, a despeito da autora ter completado 25 anos de idade, a ré manteve o contrato. Resolvê-lo agora seria violação à boa-fé (TJSP; Agravo de Instrumento 2060428-16.2020.8.26.0000; Relator (a): J.B. Paula Lima; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Carapicuíba - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/04/2020; Data de Registro: 28/04/2020).

Presente o risco de dano irreparável, vez que a interrupção do tratamento implicaria em risco à saúde da parte autora.

Ante o exposto, defiro a tutela de urgência para determinar à parte ré que mantenha a vigência do plano de saúde da parte autora até o término do tratamento oncológico ao qual está sendo submetida, sob pena de multa de R\$ 5.000,00.

3. Cópia desta decisão, devidamente assinada, serve de ofício. Cumpre à parte interessada retirar uma via impressa, encaminhá-la a quem de direito e comprovar nos autos o seu protocolamento, no prazo de 10 dias. Envio por correio não prova entrega do ofício, porquanto não confere certeza sobre o conteúdo da correspondência.

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

COMARCA DE SÃO PAULO

FORO REGIONAL II - SANTO AMARO

2ª VARA CÍVEL

Avenida das Nações Unidas, 22939 - 12º Andar, Sala 23, Jurubatuba - CEP 04795-100, Fone: 11- 5541-8014, São Paulo-SP - E-mail:

stoamaro2cv@tjsp.jus.br

Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min

4. Nos termos do art. 1.206-A das NSCGJ (Provimento CG 35/2016), a resposta do ofício deve ser encaminhada ao e-mail institucional do cartório (stoamaro2cv@tjsp.jus.br), em formato PDF, devendo constar no campo "assunto" o número do processo.

5. Em face das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação (art. 139, VI, do Código de Processo Civil, e Enunciado nº 35 do ENFAM).

6. Cite-se a parte ré, pelo correio, para que apresente contestação no prazo de 15 dias.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção quanto à matéria de fato apresentada na petição inicial. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do Código de Processo Civil, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 da mesma lei.

Int.

São Paulo, 29 de abril de 2020.

**DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006,
CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA**