

CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO

Recurso

Apelação Cível 001.762-4

PLANO DE SAÚDE — DIREITO DO CONSUMIDOR - ATENDIMENTO NEGADO

EMENTA

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE - , brasileira, separada judicialmente, do lar, portadora da cédula de identidade RG.No., e do CPF No., residente e domiciliado na Rua, Bairro, na cidade de - - CEP:, por sua advogada e procuradora infra - assinada, nos termos do anexo instrumento de mandato (doc. 1), vem respeitosamente, à presença de vossa excelência, propor a presente em face de, CNPJ nº, com sucursal à Av., bloco, salas - na cidade de - Capital, CEP:, (doc.2) com fundamento nos artigos 798 e demais do CPC, pelos motivos a seguir aduzidos. OS FATOS 1. A requerente acima referido aderiu em ao contrato de plano de assistência médico-hospitalar, cuja responsabilidade é da requerida. Esta adesão ocorreu nos termos da proposta de adesão número, por intermédio de um corretor da requerida, tendo adquirido o, com seguro de reembolso de despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar (docs. 3/34). Segundo informações e pelos termos da proposta de adesão, a requerente é responsável por todas as obrigações contratuais. Também se deduz desta mesma proposta, que a adesão do requerente ao contrato de plano de saúde ora discutido, ocorreu sem prévia inspeção médica por parte da requerida, pois a requerida apenas comprou as carências do Plano, que a Autora já possuía há muito tempo, para o que lhe enviou uma carta com diminuição de carências (doc.35) Na feitura do contrato do plano de saúde, não houve qualquer inspeção médica por parte da requerida, sendo certo que a requerente não se submeteu a qualquer exame médico para ter seu plano de saúde aceito, a declaração de saúde em anexo (doc. 5) foi preenchida pelo próprio corretor da ré, e a requerida apenas se limitou a emitir os boletos e começar as cobranças das mensalidades. 2- Em julho de, a Autora começou a sentir dores na barriga e sangramento menstrual exagerado, procurou o médico Dr., que lhe solicitou a realização de um conjunto de exames denominado HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA. 3- Os exames foram realizados e o resultado saiu em seguida (doc. 36), informando que o quadro sugeria um Mioma no útero. De posse deste resultado o médico lhe solicitou a realização de outro exame denominado RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PELVE, o qual acusou Aumento uterino, Miomatose uterina (doc. 37) 3 - Mediante este último exame (doc. 37), o médico da Autora, muito preocupado informou-lhe que seria necessário submeter-se a um tratamento composto de: a) Ortografia abdominal - Procedimento médico Código AMB 32.12.001-0 b) Angiografia por subtração digital - Procedimento médico Código AMB 32.12.013-3 c) Embolização dos miomas uterinos - Procedimento médico Código AMB 32.13.034-1 Ato contínuo a Requerente enviou os documentos à unidade de autorização de procedimentos médicos da Requerida, a fim de obter a autorização para todos os procedimentos médicos, que seriam realizados na CLÍNICA, sob os cuidados médicos do Dr., inscrito no CRM sob No., todos conveniados ao 4- Porém algo ocorreu que foge ao controle da Autora e para o qual não encontra solução, a não ser buscar apelo no provimento Judiciário, a saber: O plano de seguro saúde se nega a autorizar os tratamentos descritos no item 3 desta exordial, sem maiores explicações, apenas afirmando que este tratamento não é compatível com o diagnóstico apresentado Segundo informações prestadas pela clínica (doc. 38), a realização do tratamento ficaria em R\$...... mais as despesas hospitalares que sairiam em torno de mais R\$, perfazendo o total de R\$ 6- Sem qualquer explicação a Ré simplesmente diz que não pagará pelo tratamento, e que a Autora terá que pagar por eles, e se nega veementemente a pagar os custos destes procedimentos descritos no item 3, sem os quais a saúde da

autora estará comprometida, pois, esta em menopausa induzida, tomando o remédio Dimetrose, para interromper o fluxo menstrual, porque quando menstruada sofre hemorragias e anemia profunda. 7- A Ré se nega a autorizar o pagamento do tratamento, porém todo o tratamento é reconhecido pela Associação Médica Brasileira, consoante classificação contida no item 3, e também de acordo com o relatório médico em anexo (doc