



tribunal
de justiça
do estado de goiás

IPAMERI 2ª VARA CÍVEL, CRIMINAL, DAS FAZ. PUBL., DE REG. PUBL. E
AMBIENTAL

Processo n.º 201701346740

Gab6

SENTENÇA

Trata-se de *ação cominatória c/c reparação de danos materiais e morais* proposta por **NOILMA ALVES MARTINS** em face do **INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO**, todos qualificados, tendo como causa de pedir o fato de ser dependente da titular em contrato de plano de saúde firmado entre sua genitora e o requerido desde 16/07/1998 e a negativa do IPASGO em autorizar a realização de procedimento cirúrgico acobertado.

Afirmou ser portadora de cardiopatia congênita (caracterizada pela transposição corrigida dos grandes vasos, mediante intervenção cirúrgica), tendo descoberto mediante exames médicos uma "piora da função ventricular e rotura de prótese biológica tricúspide", necessitando da troca da referida prótese.

Verberou que o instituto requerido, apesar de ciente da gravidade do seu quadro, negou a realização do procedimento cirúrgico, bem como indeferiu o pedido de liberação de exames que tiveram de ser custeados por sua genitora, mesmo que acobertado pelo plano de

saúde, ao argumento de que a autora estaria no período de carência contratual, inobstante ser usuária do plano de saúde desde 16.07.1998.

Por tais razões requereu a condenação do IPASGO ao fornecimento da competente autorização para a realização do procedimento cirúrgico denominado "troca da prótese tricúspide" para a requerente (códigos n.º 4001003-1, 3903001-6 e 3904026-7), sem qualquer ônus ou reflexos monetários a autora, sob pena de fixação de multa diária; indenização por danos materiais no importe de R\$400,00 (quatrocentos reais) referentes ao desembolso das despesas não cobertas pelo plano de saúde; e indenização por danos morais, requerendo por fim a assistência judiciária gratuita, a inversão do ônus da prova, a citação do réu e a produção de provas. Instruiu o feito, f. 25/51.

Deferida a antecipação dos efeitos da tutela e os benefícios da justiça gratuita, foi determinada a citação, f. 52/57.

Às f. 84/100, o requerido apresentou contestação, informando que cumpriu a determinação judicial e, no mérito, discorreu acerca da inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos planos de autogestão fechados, bem como da Lei n. 9.656/98 ao IPASGO; da subordinação do requerido ao princípio da legalidade; da carência contratual e legalidade dos bloqueios realizados pelo IPASGO Saúde, argumentando que a autora informou que sua adesão no IPASGO ocorreu no dia 16.07.1998, mas omitiu que foi excluída do plano por falta de pagamento em 10.07.2016, sendo notificada dos débitos nos meses de fevereiro a maio e setembro de 2016, não podendo alegar desconhecimento da situação, requerendo uma nova adesão ao plano em 26.04.2017 devendo cumprir nova carência contratual. Por fim discorreu acerca da ausência de dano moral indenizável, pugnano pela improcedência do pedido com a condenação da autora em litigância de má-fé e imputação de multa.

Juntou Documentos, f. 101/123.

Em seguida a requerente apresentou impugnação à contestação, f. 126/144.

Instados para especificação de provas (f. 145), a autora pugnou pelo julgamento antecipado (f. 147), manifestando o requerido em seguida (f. 148/150 e 152/153).

É o relatório.

DECIDO.

Presentes, pois, os pressupostos processuais e as condições da ação, passo desde já ao exame do mérito da lide, porquanto está apta a receber julgamento antecipado, visto que a matéria nela versada é unicamente de direito e os fatos estão suficientemente comprovados pelos documentos juntados (art. 355, I do Código de Processo Civil).

É apropositado lembrar que as provas são endereçadas direta e unicamente ao magistrado, a fim de que este, por meio delas, forme o seu livre convencimento sobre a questão. Desta forma, o julgamento antecipado da lide não conduz em cerceamento de defesa, se o conjunto probatório dos autos for suficiente à formação da convicção motivada do juiz, nos termos dos arts. 355, I, 371 e 472, do Código de Processo Civil.

Trata-se de ação cominatória c/c pedido de reparação por danos morais e materiais objetivando ser realizado procedimento cirúrgico denominado "troca da prótese tricúspide" para a requerente (códigos n.º 4001003-1, 3903001-6 e 3904026-7), ao argumento de negativa de cobertura de tratamento pelo convênio do requerido.

Inicialmente o IPASGO afirmou que por ser uma entidade de autogestão e fechada, não poderia oferecer seus planos no mercado de consumo, sob pena de descaracterização da modalidade, e que por não operar em regime de mercado, não há proveito econômico não se aplicando o CDC na relação existente entre o segurado e a autarquia ré, não podendo se falar ainda em inversão do ônus da prova.

Pois bem. A Lei Estadual nº 17.477/11, que regula o plano de assistência à saúde denominado IPASGO Saúde, assim dispõe em seus artigos 2º, *caput* e 4º:

"Art. 2º É objetivo primordial do Sistema IPASGO Saúde a realização,

mediante a correspondente contraprestação pecuniária, das operações de assistência à saúde aos servidores dos Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, de suas autarquias, inclusive especiais, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, do Ministério Público e dos Tribunais de Contas, na forma prevista e autorizada nesta Lei, no respectivo Regulamento e nos atos normativos expedidos pelo IPASGO."

"Art. 4º O Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Goiás -IPASGO Saúde- consiste na cobertura das despesas decorrentes dos procedimentos previstos em tabelas próprias do Instituto para o atendimento médico, ambulatorial, hospitalar, psicológico, fonoaudiológico, fisioterapêutico, nutricional e odontológico, bem como dos atos necessários ao diagnóstico e aos tratamentos devidos aos usuários, na forma estabelecida nesta Lei e em normas complementares."

Dos dispositivos legais supracitados depreende-se que o IPASGO Saúde é oferecido aos servidores públicos do Estado de Goiás e a seus dependentes, mediante o pagamento de contraprestação pecuniária mensal, garantindo-se aos filiados adimplentes atendimento médico, ambulatorial, hospitalar, entre outros, assim como os atos necessários ao diagnóstico e tratamento dos usuários.

Assim, cumpre destacar que define-se o contrato de plano de saúde pela transferência onerosa e contratual de riscos futuros à saúde do contratante e seus dependentes, mediante a prestação de assistência médico-hospitalar por meio de entidades conveniadas, estipulando a administradora um prêmio a ser pago mensalmente pelo cliente, que receberá em troca assistência médica quando necessitar.

Considerando que a saúde constitui bem de capital importância, elevado pela Constituição Federal à condição de direito fundamental do ser humano, têm as administradoras de planos de saúde o dever de agir com boa-fé, tanto na elaboração, quanto no cumprimento do contrato.

E a boa-fé, no caso, deve abranger o respeito e lealdade, preservando-se a dignidade, a saúde, a segurança e a proteção dos interesses econômicos do segurado, em face da presunção legal de sua vulnerabilidade.

Nesta senda, em que pese a alegação do IPASGO, de que não se submete à regulamentação da Agência Nacional de Saúde, por ser regido por lei própria, devendo prestar seus serviços estabelecidos por Lei em sentido formal e não cláusulas contratuais, verifica-se que, em se tratando de plano de saúde, a interpretação sobre a cobertura ou não de determinado procedimento, instrumental ou exame, deve ser realizada à luz do Código de Defesa do Consumidor. Isso porque as operadoras de planos de saúde estão enquadradas no conceito de fornecedoras, previsto no artigo 3º daquele diploma, sendo seus usuários considerados consumidores para todos os fins de direito.

Ressalte-se que quanto a inversão do ônus da prova, in casu tem-se como desnecessária, já que embora o requerido teria mais facilidade em produzir prova para esclarecer o motivo da negativa para a realização do procedimento, já o fez em sede de contestação.

Embora o IPASGO afirme que a autora encontrava-se em período de carência contratual (f. 50), tratando-se o caso de situação de urgência, já comprovada e não impugnada nos autos, verifica-se que a autorização para o procedimento cirúrgico à autora era necessário.

Isso porque as provas por ela trazidas aos autos demonstram de que necessitava, com urgência, da cirurgia já que houve uma "piora da função ventricular e rotura de prótese biológica tricúspide", conforme o atestado médico de f. 46 e demais documentação acostada às f. 38/47, que atesta a necessidade de cirurgia para troca da prótese tricúspide, o que não foi impugnado especificamente pelo requerido.

Por outro lado, o prazo de carência fixado no contrato, qual seja, de 180 dias para cirurgias em geral se mostra abusivo e ilegal, eis que contrária aos arts. 12, V, 'c', e 35-C, I, da Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, in verbis:

"Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos

de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...);

V - quando fixar períodos de carência:

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;"

No mesmo sentido, veja-se como vem decidindo o Tribunal de Justiça de Goiás:

"APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE CUSTEIO. PROCEDIMENTO DE IMPLANTAÇÃO DE MARCAPASSO. PRAZO DE CARÊNCIA. URGÊNCIA CARACTERIZADA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. QUANTUM INDENIZATÓRIO ADEQUADO. RECURSO ADESIVO. PREJUDICADO. 1- Verificado o caráter emergencial do procedimento a ser realizado pela parte segurada, não há como prevalecer o prazo de carência pactuado. Inteligência dos artigos 12 e 35-C da Lei 9.656 de 1998. 2- Dano moral caracterizado. Quantum indenizatório mantido, porquanto fixado em observância às peculiaridades do caso e com o fim de assegurar o caráter repressivo e pedagógico da indenização, sem constituir-se elevado bastante para o enriquecimento indevido da parte autora. APELO CONHECIDO E DESPROVIDO. RECURSO ADESIVO PREJUDICADO." (TJGO, APELACAO CIVEL 84662-63.2010.8.09.0051, Rel. DR(A). SANDRA REGINA TEODORO REIS, 5A CAMARA CIVEL, julgado em 01/03/2012, DJe 1043 de 16/04/2012)

"DUPLO GRAU DE JURISDIÇÃO E APELAÇÃO. MANDADO DE SEGURANÇA. PLANO DE SAÚDE. NECESSIDADE DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL. COMPROVAÇÃO. CUSTEIO DE

INTERNAÇÃO HOSPITALAR. IPASGO. RECUSA. CARÊNCIA. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA. 1. Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de cirurgia de urgência. 2. Consoante preceituado no art. 12, V, 'c', da Lei n. 9.656/98, com a redação dada pela Medida Provisória nº. 2.177-44/2001, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência a Saúde, cuidando-se de situação emergencial, o prazo máximo de carência é de 24 horas, sendo abusiva cláusula contratual que prevê lapso temporal diverso. REMESSA E APELO CONHECIDOS E DESPROVIDOS." (TJGO, DUPLO GRAU DE JURISDICAÇÃO 79087-11.2009.8.09.0051, Rel. DES. STENKA I. NETO, 3ª CAMARA CIVEL, julgado em 13/09/2011, DJe 911 de 27/09/2011)

Nesse mesmo sentido é o Enunciado de Saúde Pública nº 25, aprovado na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15/05/2014, in verbis:

"ENUNCIADO N.º 25 - É abusiva a negativa de cobertura de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade relacionados à doença e lesão preexistente, quando o usuário não tinha conhecimentos ou não foi submetido a prévio exame médico ou perícia, salvo comprovada má-fé." (original sem destaque)

Registre-se ainda que o artigo 22, XIV, do Decreto-lei nº 7.595/2012 dispõe sobre os procedimentos, produtos e serviços médicos hospitalares e ambulatoriais excluídos da cobertura do IPASGO Saúde, excetuando os casos de comprovada urgência e emergência.

Os artigos 4º e 5º do Decreto-lei dispõe sobre o atendimento de urgência ou emergência:

"Art. 4º Somente em casos de comprovada urgência ou emergência e em localidade que não disponha de profissionais ou estabelecimentos credenciados o Instituto realizará o ressarcimento de despesas, conforme disposições dos arts. 53 da Lei n. 17.477/11 e 25 deste Regulamento e de normas complementares editadas."

"Art. 5º Nos casos de urgência ou emergência, comprovados por meio de

exames, laudos e justificativas do médico assistente encaminhados ao médico auditor do Instituto, poderá ser autorizado atendimento restrito ao evento que der causa ao pedido, devendo ser observado, quanto a outros procedimentos, o cumprimento regular do restante do período de carência a que ainda estiver sujeito o usuário, nos termos do art. 47 da Lei n. 17.477/11, e, ainda, o seguinte:

(...)

Parágrafo único. Nos termos dos procedimentos de que trata este artigo considera-se que:

II - emergência é o evento que implica risco imediato à vida ou lesão irreparável para o paciente, assim caracterizados em declaração do médico assistente. "

Para que o usuário de plano de saúde tenha direito ao custeio das despesas médico-hospitalares sem o pagamento parcial por conta da coparticipação, é necessário se conjugar a ocorrência de uma situação de urgência e emergência.

Com efeito, em que pese as alegações do requerido de que a autora embora tenha sido usuária desde 16.07.1998 foi excluída em 10.07.2016 e posteriormente tenha requerido uma nova adesão ao plano de saúde em 26.04.2017, sendo o caso da requerente de extrema urgência, despicienda se torna a alegação da autarquia ré de que a usuária deveria aguardar o período de carência, eis a cláusula neste sentido é nula de pleno direito.

Ademais, não se pode colocar em detrimento de bem maior, vida humana, em favor de meros interesses de cunho lucrativo.

Desta forma, como dito alhures que a relação existente entre as partes é de consumo, sendo certo, que a recusa em realizar o procedimento necessário afigura-se abusiva e injurídica, por afrontar ao que dispõe as normas de proteção e defesa do consumidor. As limitações de cobertura, ainda que pactuadas pelas partes, devem ser interpretadas em favor do consumidor, mormente como ocorre na espécie em que o contrato é de adesão.

Quanto ao dano material indenizável a Lei Estadual nº 17.477/2011 que regulamenta

o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores dispõe em seu art. 53, sobre o direito de ressarcimento:

"Art. 53. O IPASGO poderá efetuar o ressarcimento de despesas realizadas por prestador de serviço não credenciado, desde que o atendimento tenha ocorrido em situação de urgência ou emergência atestada pelo médico assistente, e na hipótese de comprovada ausência de entidade ou profissional credenciado na localidade da ocorrência.

Parágrafo único. Preenchidas as condições previstas no caput, o ressarcimento será realizado conforme instrução estabelecida no Regulamento e de acordo com os procedimentos e os valores praticados em tabelas próprias do Sistema IPASGO Saúde."

Por sua vez, o Decreto nº 7.595/12, que regulamenta o plano de saúde, assim estabelece:

"Art. 25. Em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços credenciados, o usuário poderá solicitar o ressarcimento das despesas efetuadas, nos termos do art. 53 da Lei n. 17.477/11, desde que previstas e nos valores da Tabela Própria de Procedimentos do IPASGO, na modalidade de assistência à qual esteja vinculado.

§ 1º O ressarcimento previsto neste artigo dar-se-á exclusivamente mediante apresentação da documentação comprobatória da urgência ou emergência que deu causa ao atendimento, observado o período de até 24 (vinte e quatro) meses após a realização dos serviços para a solicitação de que trata este artigo.

(...)

§ 4º Os valores a serem ressarcidos serão limitados àqueles constantes das tabelas próprias adotadas para a remuneração e os pagamentos aos prestadores da rede credenciada do IPASGO Saúde, deduzidos os montantes devidos pelo usuário a título de coparticipação."

Como se infere da leitura dos dispositivos transcritos, o plano de saúde assegura o ressarcimento ao segurado das despesas realizadas na prestação de serviços médicos não

credenciados nos casos de atendimento de emergência ou urgência. Observe-se, contudo, que a previsão de reembolso não garante que o ressarcimento será no valor integral despendido.

O reembolso é limitado aos valores praticados em tabelas de preços específicas do sistema do IPASGO SAÚDE, até como forma de garantir a manutenção do equilíbrio financeiro do contrato e a sustentabilidade do sistema de assistência à saúde.

Verifica-se pela contestação de f. 84/100, que o IPASGO não efetuou o ressarcimento das despesas realizadas com o "serviço de anestesia prestado - ecocardiograma" (f. 51), na forma prevista na norma quanto ao reembolso de acordo com os valores constantes da tabela de remuneração dos prestadores de serviço, configurando ilegalidade e abusividade.

Contudo, a despeito de ser o IPASGO obrigado a ressarcir as despesas realizadas pelo segurado, não pode o mesmo ser compelido a efetuar o pagamento em valor superior ao estabelecido em sua tabela, justamente por ser a entidade gestora do plano vinculada à Administração Pública.

De fato, o IPASGO encontra-se subordinado aos princípios administrativos, dentre os quais, destaca-se o da legalidade que, na louvável preleção de José dos Santos Carvalho Filho "é certamente a diretriz básica da conduta dos agentes da Administração". Desta forma, ainda segundo o renomado autor, "significa que toda e qualquer atividade administrativa deve ser autorizada por lei. Não o sendo, a atividade é ilícita" ("Manual de Direito Administrativo", 23ª ed., Ed. Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2010, p. 21).

Assim, percebe-se que a atividade administrativa não pode ser desenvolvida ao bel prazer de suas entidades e gestores, estando condicionada ao que expressamente autoriza a lei que a regulamenta.

Destarte, existindo, no caso em tela, tabela prevendo os limites máximos para o reembolso das despesas realizadas, deve-se ser determinado ao requerido o pagamento em valor limitado e previsto nela.

Nesse sentido, o Tribunal de Justiça também entende:

"AGRAVO REGIMENTAL EM APELAÇÃO CÍVEL JUÍZO DE RETRATAÇÃO PARCIAL. AÇÃO DE RESTITUIÇÃO DE IMPORTÂNCIAS PAGAS. IPASGO SAÚDE. REEMBOLSO DAS DESPESAS NOS LIMITES DO PLANO CONTRATADO. DECISÃO MONOCRÁTICA EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DO TJGO E DO STJ. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (...) 2. Deve-se acolher o pedido de retratação, tão somente quanto o reembolso das despesas que limita-se aos valores previstos na tabela do Agravante, conforme entendimento jurisprudencial desta Corte de Justiça. 3. Prevê a Lei que, em se tratando de atendimento em instituição não credenciada, o reembolso deverá ser feito apenas nos limites do plano contratado. AGRAVO REGIMENTAL CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO." (TJGO, APELAÇÃO CÍVEL 438120-24.2007.8.09.0051, Rel. DES. ORLOFF NEVES ROCHA, in DJe 1591 de 24/07/2014).

A autora comprova nos autos a importância paga em decorrência de serviço de anestesia prestado - ecocardiograma, na ordem de R\$ 400,00 (quatrocentos reais), f. 51. Já o IPASGO em sua contestação se limitou a impugnar a possibilidade de ressarcimento e o dano moral, contudo, não juntou documentos, devendo ser o valor restituído em sua integralidade.

No que concerne à reparação pecuniária do dano moral, esta surge como forma de amenizar, de compensar a dor, sofrimento, angústia e medo vividos pela requerente.

Para a configuração de eventual ilícito praticado pelo réu (IPASGO), aplicável a teoria da responsabilidade subjetiva, materializada na regra do art. 186 do Código Civil, que dispõe que "aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar prejuízo a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito".

Complementando esta regra, o art. 927, do mesmo diploma legal, que "aquele que, por ato ilícito (art. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo".

Contudo, extrai-se que para a configuração do ato ilícito é necessária a coexistência dos seguintes elementos: ato doloso ou culposos (imprudência, negligência ou imperícia)

praticado pelo agente; existência de um dano; que o dano suportado tenha sido causado pelo ato doloso ou culposo do agente (nexo de causalidade), os quais encontram-se presentes no presente caso.

No caso em comento, embora a hipótese decorra de mero inadimplemento contratual, por aplicação de cláusula contratual restritiva ora considerada nula, é de se observar que a recusa à cobertura para procedimento que envolve o risco de vida do segurado ultrapassa o limite do mero aborrecimento.

Assim, o paciente que necessita do tratamento médico/cirúrgico encontra-se já em situação de extremo abalo psicológico, o qual resta acentuado diante de recusa indevida e - geralmente - peremptória das empresas que atuam no ramo de planos de saúde, sem qualquer consideração com o estado emocional do consumidor, que somente através do judiciário obtém a proteção que esperava do plano de saúde que contratou.

In casu, diante da negativa da autorização para a realização do procedimento cirúrgico para o tratamento de cardiopatia congênita pelo requerido, constata-se que houve uma conduta culposa (negligente) do mesmo ao negar a realização e fornecimento do material necessário ao procedimento, já que existente a previsão de cobertura do tratamento com procedimento completo identificável pelos códigos n.º 4001003-1, 3903001-6 e 3904026-7 junto à tabela do IPASGO (f. 48).

Patente, portanto, a lesão aos direitos da personalidade, em especial a honra e a dignidade da pessoa humana, atributos conferidos à pessoa pelo legislador constitucional nos arts. 1º, III e 5º, X da Constituição Federal.

Confira-se o entendimento do STJ a respeito:

"PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE TRATAMENTO MÉDICO. DANO MORAL IN RE IPSA. INDENIZAÇÃO ARBITRADA. INAPLICABILIDADE DA SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.
1. Consoante a jurisprudência desta Corte, é abusiva a negativa de

cobertura da empresa operadora a algum tipo de procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no plano de saúde. 2. A recusa indevida ou injustificada de tratamento enseja condenação por dano moral, uma vez que agrava a situação de aflição e angústia do segurado, já fragilizado em razão de sua doença. Precedentes. 3. Agravo regimental a que se nega provimento." (AgRg no AgRg no AREsp 756.252/MS, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 02/02/2016, DJe 10/02/2016)

Considerando, pois, as peculiaridades do caso em apreço, afigura-se ser razoável a fixação da indenização no valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais). Tal quantia, além de ressaltar o caráter pedagógico da medida, se apresenta suficiente para compensar a autora pelos constrangimentos, dores, aborrecimentos e contratempos que suportou, não podendo servir de fonte de enriquecimento sem causa.

Conclusivamente, no confronto entre o valor constitucional (vida/saúde) e questões orçamentárias, para o fim de custear tratamento que é indispensável à requerente para a mitigação ou erradicação do mal que lhe aflige, deve prevalecer o primeiro, com a incidência do princípio da proporcionalidade. A vida e o direito à saúde são direitos inalienáveis, os quais se sobrepõem a quaisquer outros, devendo ser confirmada a antecipação da tutela anteriormente deferida, não havendo se falar em litigância de má-fé e imputação de multa à requerente, de forma que a procedência do pedido é medida que se impõe.

Ante o exposto, **JULGO PROCEDENTE** o pedido formulado pela autora para:

a) CONFIRMAR a antecipação de tutela deferida às f. 52/57.

b) CONDENAR o INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO, a autorizar, fornecer materiais e promover a cobertura total do tratamento da requerente para "troca da prótese tricúspide" (códigos n.º 4001003-1, 3903001-6 e 3904026-7 junto à tabela do IPASGO).

c) CONDENAR o INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO, ao pagamento da importância de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) em favor da requerente, a título de indenização por danos morais, que deverá ser corrigida pelo INPC a partir do arbitramento, bem como ser acrescida de juros de mora, de 1% ao mês, a partir do evento danoso em 15.05.2017¹ (f.50).

d) CONDENAR o IPASGO, ao pagamento de indenização por dano material no valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) acrescido de juros legais e correção monetária a partir do efetivo pagamento das despesas (09.05.2017).

Fica, ainda, condenado o IPASGO ao pagamento despesas processuais e honorários advocatícios que arbitro no importe de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, nos termos dos artigos 85, §3º, I, do Código de Processo Civil.

Sentença sujeita ao duplo grau de jurisdição obrigatório, nos termos do art. 496, I, do CPC. Decorrido o prazo para recursos voluntários, remetam-se os autos ao Egrégio Tribunal de Justiça.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Ipameri-GO, 25/04/2018

MARIA ANTÔNIA DE FARIA

Juíza de Direito

1(Vide REsp 1.495.146-MG, Rel. Min. Mauro Campbell Marques, Primeira Seção, por unanimidade, julgado em 22/02/2018, DJe 02/03/2018 (Tema 905))