



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
GABINETE DO DES. OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº. 0002923-65.2013.815.2001.

Relator : *Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho.*

Origem : *2ª Vara Cível da Comarca da Capital.*

Apelante : *Bradesco Saúde S/A.*

Advogado : *Renato Tadeu Rondina Mandaliti.*

Apelados : *Perpétua do Socorro Guedes, Jaira Guedes Ferreira e outros.*

Advogado : *Fabício Montenegro de Moraes.*

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE. INCIDÊNCIA DAS NORMAS CONSUMERISTAS. DESPESAS MÉDICAS POR PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADOS. REEMBOLSO COM BASE NA TABELA. EXAMES E PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS. CLÁUSULA LIMITATIVA ABUSIVA. RESSARCIMENTO DE ACORDO COM A TABELA. HOSPEDAGEM DE ACOMPANHANTE. PACIENTE IDOSO. APLICAÇÃO DO ESTATUTO. PREVISÃO NO CONTRATO COM LIMITES DE VALOR E DIÁRIAS. ABUSIVIDADE. RESTITUIÇÃO INTEGRAL. MONTANTE RAZOÁVEL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MINORAÇÃO. DESCABIMENTO. REFORMA PARCIAL DA SENTENÇA. PROVIMENTO EM PARTE DO RECURSO.

- Faz-se mister realçar que os planos de saúde sujeitam-se à incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, enquadrando-se na modalidade de serviço prestado, sob remuneração, pelo mercado de consumo, nos termos do art. 3º, § 2º, daquele diploma normativo.

- No caso de atendimento por médico e profissionais da saúde não credenciados ao plano de saúde, bem como de realização de exames e procedimentos na mesma condição, cabível o reembolso das despesas

com base na tabela do plano de saúde, e não pelo montante integral.

- O Estatuto do Idoso dispõe, em seu artigo 16, que “*Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico*”. Não se discute a aplicação deste comando legal de proteção ao Idoso para o plano privado de saúde, de modo que este deve arcar com os custos das despesas do acompanhante do segurado, inclusive há cláusula contratual prevendo o ressarcimento.

- O ressarcimento não se limita ao valor e dias constantes no contrato, sendo esta cláusula abusiva, porquanto deve-se garantir ao idoso o acompanhamento por pessoa da família pelo tempo necessário ao tratamento da moléstia e com indenização em montante diário razoável para pagamento da hospedagem.

- Considerando a natureza da causa, o trabalho realizado pelo patrono do autor e o tempo exigido para o serviço, entendo que a verba arbitrada pelo juiz *a quo* fora conjugada de acordo com o princípio da equidade e da razoabilidade, com fundamento nos §§ 3º e 4º, do art. 20, do Diploma Processual Civil.

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos. **ACORDA** a Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator, unânime.

Trata-se de **Apelação Cível** interposta pelo **Bradesco Saúde S/A**, hostilizando a sentença (fls. 127/134 e 148/150) do Juízo de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca da Capital, que, nos autos da “*Ação Ordinária com pedido de Tutela Antecipada Inaudita Altera Pars*” ajuizada por **Jair Guedes Ferreira**, posteriormente substituído pelos herdeiros **Perpétua do Socorro Guedes, Jaíra Guedes Ferreira, Jair Guedes Ferreira Filho, Janaina Guedes Ferreira**, julgou procedente a demanda.

Retroagindo ao petitório inicial, narrou o autor que é filiado ao Plano Bradesco de Saúde Multitop Nacional Plus, desde o ano de 1993, conforme carteira e apólice de saúde em anexo.

Em seguida, afirmou que, por meio de exame de imagem, foi diagnosticado com adenocarcinoma de pulmão metastático para os ossos (CID C34) e, devido à gravidade da moléstia, foi orientado pelo oncologista a realizar o tratamento no Hospital São José, localizado em São Paulo, sob os

cuidados do médico Dr. Fernando Maluf.

Asseverou que, no dia 13 de novembro de 2012, foi internado no citado nosocômio, integrante da rede credenciada para cobertura direta, isto é, dispensando o sistema de reembolso de despesas. A internação para a primeira etapa da quimioterapia perdurou até o dia 27 de novembro de 2012, retornando no período de 06 a 20 de dezembro de 2012 para a segunda etapa do procedimento referido.

Aduziu que, durante os períodos de internação, o autor tomou conhecimento de que a promovida não cobriria os honorários do oncologista, apesar de fazer parte da equipe do hospital, bem como de alguns exames e procedimentos e, por isso, foi obrigado a arcar com as seguintes quantias: a) R\$ 12.800,00 (doze mil e oitocentos reais) – honorários do oncologista da 1ª internação; b) R\$600,00 (seiscentos reais) – radioterapia; c) R\$1.349,00 (mil trezentos e quarenta e nove reais) – serviço de fisioterapia e taxa de sala de cirurgia; d) 2.870,00 (dois mil oitocentos e setenta reais) – análise clínica - pesquisa de rearranjo ALK; e) R\$1.452,00 (mil quatrocentos e cinquenta e dois reais) – pesquisa de mutação do gene EGFR; f) 12.000,00 (doze mil reais) – honorários do oncologista da 2ª internação; g) R\$400,00 – honorários dermatologista.; h) R\$3.300,00 (três mil e trezentos reais) – despesas de hospedagem de sua acompanhante em *flat* próximo ao hospital.

Argumentou que, muito embora o contrato contenha cláusulas restritivas e esteja desatualizado quanto às normas da Agência Nacional de Saúde, o item 6.2.1 prevê o pagamento integral, nos casos de atendimento prestado por médicos e instituições pertencentes à rede credenciada, assim como o item 4.6 estabelece a cobertura com hospedagem de parente do segurado.

Em razão de tais fatos, requereu, em sede de tutela antecipada, o pagamento e custeio de todas as despesas pertinentes ao tratamento, inclusive as que tenham sido ou venham a ser apresentadas pelo hospital e médicos, sob pena de multa diária. No mérito, pugnou pela confirmação da medida de urgência e pelo reembolso integral de toda e qualquer despesa já suportada pelo autor pertinente ao seu tratamento.

Juntou procuração e documentos (fls. 10/34).

Pleito de tutela antecipada parcialmente deferido (fls. 36/39).

Devidamente citado, o promovido apresentou peça contestatória (fls. 48/77) alegando, preliminarmente, a ilegitimidade ativa e a perda do objeto em virtude de óbito do autor. Meritoriamente, afirmou que inexistente registro de solicitação de autorização para internação no Hospital Albert Einstein tampouco de requerimento de reembolso de despesas no referido nosocômio.

Seguindo suas argumentações, asseverou que, no dia 13 de novembro de 2012, foi autorizada internação clínica no Hospital São José, momento em que foram liberados 14 dias de internação, ou seja, até 26 de

novembro de 2012, como também foi realizado o reembolso de R\$1.322,73.

Aduziu que, no dia 06 de dezembro de 2012, foi autorizada a internação clínica no Hospital São José, sendo liberados mais 14 dias de internação, bem como, no dia 21 de janeiro de 2013, foi autorizada internação no Hospital Memorial São Francisco, porém não foi apresentada solicitação de reembolso de gastos pelo segurado durante os dois períodos referidos.

Em 12 de março de 2013, foi concedida medida liminar, determinando que o réu promovesse e fornecesse ao promovente tratamento fisioterápico motor, assistência de nutricionista e disponibilização de enfermeiro por 24 horas, na modalidade home care, contudo, ao efetuar contato com familiar para dar início ao cumprimento da determinação judicial, foi informado que o autor veio a óbito em 06 de março de 2013.

Após narração dos fatos, defendeu o promovido que a internação domiciliar não possui cobertura contratual, mas apenas a internação hospitalar, bem como que, para autorização de tratamento, é necessário o encaminhamento de relatórios médicos que informem o diagnóstico, justificando a necessidade de internação domiciliar.

Ainda ressaltou a exclusão de cobertura contratual para consultas domiciliares, assistência domiciliar (*home care*), enfermagem em caráter particular, seja em hospital ou em residência, mesmo no caso de pacientes que exijam cuidados especiais ou extraordinários, e para curativos, medicamentos ministrados ou utilizados fora do regime de internação hospitalar ou de atendimento ambulatorial de urgência ou emergência.

Destacou que as cláusulas contratuais não deixam dúvidas quanto à exclusiva cobertura das despesas de internação hospitalar e ausência de cobertura para despesas decorrentes de enfermagem em caráter particular, sendo certo que o plano de saúde fica obrigado a reembolsar as despesas médico-hospitalares previstas na apólice e nos limites estabelecidos, não sendo, portanto, compelido a arcar com o custeio integral de despesas.

Ao final, discorreu sobre a ausência do preenchimento dos requisitos autorizadores da tutela antecipada e acerca da impossibilidade de multa diária, em virtude do falecimento do autor, destacando, ainda, a exorbitância do seu valor.

Réplica impugnatória ofertada pelos sucessores do autor falecido, com a devida procuração (fls. 102/108)

Audiência de conciliação realizada, mas as partes não transigiram e requereram o julgamento antecipado da lide (fls. 126).

Decidindo a querela, o magistrado de primeiro grau julgou parcialmente procedente (fls. 127/134), consignando os seguintes termos na parte dispositiva:

“Isto posto e atendendo o mais que dos autos consta

e princípios de direitos atinentes à espécie, ACOLHO PARCIALMENTE o pedido inicial, na forma do art. 269, I do CPC, com resolução do mérito, para CONDENAR a promovida BRADESCO SEGUROS, ao reembolso da quantia despendida pelo “de cujus”, em favor de seus substitutos legais: Pérpetua do Socorro Guedes, Jaíra Guedes Ferreira, Jair Guedes Ferreira Filho, Janaína Guedes Ferreira Wanderley e Jaisvaldo Guedes Ferreira, no valor de R\$ 12.800,00 (doze mil e oitocentos reais), corrigido monetariamente pelo INPC a partir da data desta decisão e acrescidos de juros e mora de 1% ao mês, a contar da citação.

CONDENO, por fim, a promovida ao pagamento das custas e honorários advocatícios, estes à base de 20% sobre o valor atribuído à causa.

Torno sem efeito a liminar concedida às fls. 36/39, ante o falecimento da parte interessada”.

Embargos de declaração opostos pelas partes e acolhidos com efeitos modificativos, cuja parte dispositiva passou assim a ser redigida:

“Isto posto, atendendo ao mais que dos autos consta e princípios de direito atinentes à espécie, ACOLHO o pedido inicial, nos termos do art. 269, I do CPC, com resolução do mérito, para CONDENAR a promovida, BRADESCO SEGUROS S/A, ao reembolso da quantia despendida pelo “de cujus”, em favor de seus substitutos legais: Pérpetua do Socorro Guedes, Jaíra Guedes Ferreira, Jair Guedes Ferreira Filho, Janaína Guedes Ferreira Wanderley e Jaisvaldo Guedes Ferreira, no valor de R\$ 34.771,00 (trinta e quatro mil setecentos e setenta e um reais), corrigido monetariamente pelo INPC a partir desta data e acrescidos de juros de mora de 1% ao mês, a contar da citação.

CONDENO, por fim, a promovida ao pagamento das custas e honorários advocatícios, estes fixados à base de 20%, sobre o valor da condenação. (...)”.

Inconformado, o promovido interpôs Recurso Apelarório (fls. 151/180), ressaltando que somente existe a cobertura de fisioterapia quando decorrente de acidentes pessoais, não havendo previsão contratual no caso de reabilitação em geral. Ainda defende a exclusão de cobertura das seguintes despesas: assistência com nutricionista e fonoaudiólogo; despesas com diária de acompanhante no *flat*; enfermagem em caráter particular e internação domiciliar.

Em seguida, assevera a validade das cláusulas contratuais que estabelecem exclusão para despesas médicas, sendo redigidas de forma clara e perfeitamente compreensível, destacando, ainda, a força vinculante dos contratos.

Argumenta, subsidiariamente, que seja condenada apenas ao reembolso nos limites da apólice da despesa, e não de forma integral, com a expressa menção de amortização da quantia já paga na via administrativa. Também sustenta a redução da verba honorária sucumbencial no mínimo legal.

Finalmente, pugna pelo provimento do recurso com a reforma da sentença para afastar a indenização por danos materiais ou reduzi-la, conforme limites previstos no contrato.

Contrarrazões apresentadas (fls. 115/120).

A Procuradoria de Justiça emitiu parecer (fls. 125/128) opinando pelo desprovimento do apelo.

É o relatório.

VOTO.

Em primeiro lugar, cumpre observar os requisitos de admissibilidade recursal. Nesse aspecto, a impugnação apelativa obedece aos pressupostos processuais intrínsecos (cabimento, legitimidade, interesse recursal e inexistência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do poder de recorrer), bem ainda aos extrínsecos (tempestividade, preparo e regularidade formal).

Consoante relatado, a controvérsia a ser apreciada por esta Corte de Justiça consiste em perquirir a obrigatoriedade ou não do plano de saúde, ora apelante, arcar com reembolso dos custos integrais das despesas médico-hospitalares para tratamento oncológico a qual foi submetido o paciente Jair Guedes Ferreira no Hospital São José, na cidade de São Paulo, bem como hospedagem de acompanhante em *flat* próximo ao nosocômio.

Ab initio, faz-se mister realçar que os planos de saúde sujeitam-se à incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, enquadrando-se na modalidade de serviço prestado, sob remuneração, pelo mercado de consumo, nos termos do art. 3º, § 2º, daquele diploma normativo.

Não fosse isso, a própria Lei nº 9.656/98 que regulamenta a atividade dos planos e seguros privados de assistência à saúde, em vários dispositivos, ao tratar dos assistidos, utiliza a nomenclatura técnica “consumidor”, o que denota a incidência da legislação consumerista.

O Superior Tribunal de Justiça inclusive já pacificou a questão sumulando o entendimento de que “*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*” (Súmula 469).

Outrossim, ressalto que o pacto firmado pelas partes insere-se no conceito de contrato de adesão, o qual se caracteriza por possuir cláusulas estanques e uniformizadas, anteriormente formuladas e impostas de modo unilateral por um dos litigantes. Neste pensar, as cláusulas preestabelecidas, lesivas aos direitos dos segurados, devem sempre ser repelidas pelo Órgão Estatal, com plena aplicação das regras contidas no Código de Defesa do Consumidor.

Pois bem. Infere-se que o segurado foi diagnosticado com adenocarcinoma de pulmão metastático para os ossos, moléstia que necessita de tratamento especializado e imediato sob pena de expandir-se para outros sistemas e órgãos do corpo.

Dessa forma, diante da gravidade da doença e da urgência, o paciente foi autorizado a se internar no Hospital São José, localizado na capital Paulista, nos períodos de 13 a 27 de novembro de 2012 e de 06 a 20 de dezembro de 2012, onde foram realizadas sessões de quimioterapias e demais procedimentos.

Ocorre que o plano de saúde, naquela ocasião, informou que não cobriria os honorários do médico oncologista e dos exames e outros procedimentos necessários ao tratamento da doença que o acometia, não tendo o segurado outra alternativa senão arcar com os custos, quais sejam:

a) R\$12.800,00 (doze mil e oitocentos reais) – honorários do oncologista da 1ª internação;

b) R\$600,00 (seiscentos reais) – radioterapia;

c) R\$1.349,00 (mil trezentos e quarenta e nove reais) – serviço de fisioterapia e taxa de sala de cirurgia;

d) 2.870,00 (dois mil oitocentos e setenta reais) – análise clínica - pesquisa de rearranjo ALK;

e) R\$1.452,00 (mil quatrocentos e cinquenta e dois reais) – pesquisa de mutação do gene EGFR;

f) R\$12.000,00 (doze mil reais) – honorários do oncologista da 2ª internação;

g) R\$400,00 – honorários dermatologista.;

h) R\$3.300,00 (três mil e trezentos reais) – despesas de hospedagem de sua acompanhante em *flat* próximo ao hospital.

O art. 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98 estabelece os casos em que os planos de saúde deverão reembolsar as despesas médicas realizadas pelos seus beneficiários. Vejamos:

“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:

(...)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;”.

Pela redação do dispositivo acima, infere-se que se adequa ao caso posto em análise, uma vez que a gravidade da doença do segurado, à época, era patente e configurava situação de urgência, por correr risco de vida, é tanto que durante o tratamento veio a óbito.

Cabe destacar que o segurado optou por ser atendido por médicos (oncologista e dermatologista) e profissionais da saúde (fisioterapeuta) e realizou exames fora da rede credenciada, de modo que não poderá impor o custeio decorrente de sua escolha à seguradora, notadamente porque há que ser observado o equilíbrio financeiro da avença.

Além disso, o próprio contrato entabulado entre as partes dispõe, na cláusula 6.1.2, que *“no caso de atendimento prestado por instituição não-constante da Rede de Referenciados, o pagamento será feito através de reembolso ao segurado, nos limites estabelecidos pela Tabela de Honorários e Serviços Bradesco Seguros”*.

Dito isso, o reembolso dos honorários dos profissionais da saúde (oncologista, dermatologista, fisioterapeuta) e dos exames e procedimentos acima arrolados deverá ser feito de acordo com os valores constantes das tabelas de pagamento de médicos e profissionais e dos procedimentos/exames praticados pelo plano de saúde, e não de forma integral.

Cumprido ressaltar que, muito embora os recorridos afirmem que o médico oncologista fazia parte da equipe do Hospital São José, inexistente documento comprobatório de qual tal profissional com também o dermatologista eram credenciados ao recorrente.

Esta Corte de Justiça já se manifestou sobre o tema:

*“APELAÇÃO. AÇÃO ORDINÁRIA DE RESSARCIMENTO CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. IRRESIGNAÇÃO DO AUTOR. FALECIMENTO. HABILITAÇÃO DOS SUCESSORES. PACIENTE ACOMETIDO DE DOENÇA GRAVE. TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. NECESSITA DE DESLOCAMENTO PARA A CIDADE DE SÃO PAULO. SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE AÉREO. PREVISÃO CONTRATUAL EXISTENTE. REEMBOLSO DEVIDO. DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALAR. RESTITUIÇÃO DA QUANTIA QUE SERIA PAGA PELO PLANO DE SAÚDE. PRECEDENTE DESTES SODALÍCIO. ACOLHIMENTO PARCIAL DO PLEITO. DANOS MORAIS. PRESENÇA DE DEMONSTRAÇÃO DO PREJUÍZO IMATERIAL. FIXAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. OBSERVÂNCIA AOS CRITÉRIOS DA PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. PROVIMENTO PARCIAL DO PEDIDO. - Existindo previsão contratual acerca da possibilidade de transportar o associado, em caso de necessidade, em UTI aérea, por si só, já obriga o plano de saúde a cumprir o pacto, gerando a obrigação de reembolsar o valor pago pelo paciente. - **Os valores desembolsados a título de despesas com médicos e hospital devem ser ressarcidos de acordo com a tabela do plano de saúde, conforme entendimento esposado neste Sodalício.** - Quanto à fixação do dano moral, necessário levar em consideração o caso concreto, além das condições pessoais dos envolvidos, para não se transpor os limites dos bons princípios e da igualdade que regem as relações de direito, evitando, por conseguinte, um prêmio indevido ao ofendido, como também a impunidade do ofensor” (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00144009020108152001, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES FREDERICO MARTINHO DA NOBREGA COUTINHO, j. em 19-05-2015). (grifo nosso).*

“CONSTITUCIONAL E CONSUMIDOR Apelação Cível - Ação de cobrança Preliminar - Necessidade de suspensão do processo - Matéria em sede de repercussão geral - Juízo de admissibilidade nos Recursos Extraordinários - Não cabimento - Rejeição - Plano de saúde - Cirurgia de tumor no

estômago - Procedimento realizado em cidade distinta do contrato - Plano nacional - Hospital e médico não credenciado - Situação de urgência/emergência - Cobertura de despesa - Obrigação de arcar com os custos da cirurgia no limite da tabela praticada - Provedimento parcial. - A análise de sobrestamento dos processos, em razão de repercussão geral conhecida, é válida apenas no juízo de admissibilidade de Recursos Extraordinários. - O reembolso das despesas médicas e hospitalares realizadas por médicos e hospitais não conveniados ao plano é previsto na Lei 9.656/98 em casos excepcionais e de urgência/emergência. - O plano de saúde deve reembolsar os valores limitando-se àqueles pagos à sua rede conveniada para o referido tratamento, posto que não há como obrigar o pagamento do valor integral, pois o segurado não pode simplesmente realizar o tratamento particular e depois postular o reembolso judicialmente do valor total das despesas médicas, quebrando o equilíbrio econômico-financeiro do contrato". (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00299543120118152001, 2ª Câmara cível, Relator Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos, j. em 26-06-2014). (grifo nosso).

Ademais, não obstante o recorrente alegue que os serviços de fisioterapia e os exames realizados no paciente não são cobertos, exceto no caso do primeiro quando decorrentes de acidentes pessoais, concluo que tais cláusulas contratuais são limitativas e, por conseguinte, devem ser consideradas abusivas, porquanto as sessões de fisioterapia e os exames eram indispensáveis ao tratamento do paciente e evolução da recuperação. Contudo, o reembolso deve ser feito com base na tabela do plano, como já decidido acima.

Quanto às despesas com hospedagem de acompanhante em *flat*, concebo que não merece reforma a sentença. Ora, o Estatuto do Idoso dispõe, em seu artigo 16, que “*Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico*”.

Não se discute a aplicação do comando legal acima transcrito de proteção ao Idoso para o plano privado de saúde, de modo que deve arcar com os custos das despesas do acompanhante do segurado, inclusive há cláusula contratual prevendo o ressarcimento.

Todavia, não há que se falar em limitação de dias e da quantia, porquanto o valor de R\$ 100,00 (cem reais) diário é irrisório na atualidade e deve ser garantida a permanência do acompanhante pelo tempo necessário ao

tratamento da moléstia.

Assim, cabe o reembolso no montante de R\$ 3.300,00, conforme boleto bancário juntado aos autos e devidamente quitado (fls. 33/34).

Observe-se, ainda, que os valores a serem pagos aos recorridos deverão ser apurados em liquidação de sentença, tudo acrescidos com os consectários legais determinados na sentença (juros e correção monetária). Ainda, considerando que a parte recorrente não demonstrou o pagamento parcial na via administrativa, não será realizado o devido desconto, já que, como é cediço, cabe ao réu provar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, o que não ocorreu no presente caso.

Por fim, no que tange aos honorários advocatícios, cumpre ressaltar que para sua fixação, deve o magistrado considerar o grau de zelo do profissional, o lugar da prestação do serviço, a natureza e importância da causa, o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço.

Sobre o tema, leciona Nelson Nery Júnior:

“Critérios para Fixação dos Honorários. São objetivos e devem ser advogado, a competência com que conduziu os interesses de seu cliente, o fato de defender seu constituinte em comarca onde não resida, os níveis de honorários na comarca onde se processa a ação, a complexidade da causa, o tempo despendido pelo causídico desde o início até o término da ação, são circunstâncias que devem ser necessariamente levadas em consideração pelo juiz quando da fixação dos honorários de advogado” (Código de Processo Civil Comentado, 2ª ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996, p. 379).

In casu, considerando a natureza da causa, o trabalho realizado pelo patrono do autor e o tempo exigido para o serviço, entendo que a verba arbitrada pelo juiz *a quo* (20% do valor da condenação) fora conjugada de acordo com o princípio da equidade e da razoabilidade, com fundamento nos §§ 3º e 4º, do art. 20, do Diploma Processual Civil.

Destaco que a parte autora decaiu de parte mínima do pedido e, por isso, mesmo com a modificação parcial da sentença, não haverá a inversão do ônus sucumbenciais.

Ante o exposto, **DOU PROVIMENTO PARCIAL** ao recurso, para reformar parcialmente a sentença no sentido de condenar a parte promovida a reembolsar aos sucessores do segurado pelos serviços médicos e dos demais profissionais da saúde, os exames e procedimentos utilizados e constantes na inicial, com base na tabela de pagamento da rede conveniada da recorrente, mantendo os demais termos da sentença vergastada.

É COMO VOTO.

Presidiu a sessão o Exmo. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos. Participaram do julgamento, o Exmo. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho, o Exmo. Dr. João Batista Barbosa, juiz convocado, com jurisdição plena, em substituição a Exma. Desa. Maria das Neves do Egito de Araújo Duda Ferreira e o Exmo. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos. Presente ao julgamento, o Exmo. Dr. Valberto Cosme de Lira, Procurador de Justiça. Sala de Sessões da Segunda Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa, 01 de setembro de 2015.

Oswaldo Trigueiro do Valle Filho
Desembargador Relator