



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
QUARTA CÂMARA CÍVEL

DECISÃO MONOCRÁTICA

Apelação Cível nº 0034908-23.2011.815.2001

Origem : 9ª Vara Cível da Comarca da Capital

Relator : Desembargador Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho

Apelante : UNIMED JOÃO PESSOA - Cooperativa de Trabalho Médico

Advogados : Luiz Augusto Crispim Filho, Felipe Ribeiro Coutinho, André Luiz Cavalcanti Cabral e Marcelo Weick Pogliese

Apelado : Fernando Antônio Ulisses de Carvalho

Advogado : Eduardo Gomes Guedes e outros

APELAÇÃO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. PRELIMINAR. SOBRESTAMENTO DO FEITO. MATÉRIA SUBMETIDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. REPERCUSSÃO GERAL. RELATOR. PODERES. INEXISTÊNCIA DE AMPARO LEGAL. REJEIÇÃO. MÉRITO. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE COM PATOLOGIA. CARDIOPATIA. UTILIZAÇÃO DE 02 STENTS. NECESSIDADE PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. COBERTURA DE DESPESAS. NEGATIVA. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL E INEXISTÊNCIA NO ROL DESCRITO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ELENCO NÃO EXAUSTIVO DE PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS. RELAÇÃO CONSUMERISTA.

INTERPRETAÇÃO À LUZ DO ART. 51, IV, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. GARANTIA CONSTITUCIONAL. APLICAÇÃO DA LEI 9.656/98. POSSIBILIDADE. RESSARCIMENTO DEVIDO. DANO MORAL. ABALO À SAÚDE. ATO ILÍCITO. REQUISITOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL. DEMONSTRAÇÃO. CONDENAÇÃO. VALOR ARBITRADO. MINORAÇÃO INDEVIDA. PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE ATENDIDOS. MANUTENÇÃO DO *DECISUM*. INTELIGÊNCIA DO ART. 557, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. SEGUIMENTO NEGADO AO RECURSO.

- Em que pese a alegação, em sede de prefacial, de se encontrar a matéria submetida à repercussão geral pelo Supremo Tribunal Federal, ao relator falece poderes para sobrestar o andamento do feito, consoante dicção do art. 543-B, do Código de Processo Civil.

- O reconhecimento da fundamentalidade do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana impõe uma nova postura dos operadores do direito que devem, na aplicação das normas, assegurar a vida humana de forma integral e prioritária.

- A teor das particularidades das relações contratuais de consumo, as avenças havidas entre fornecedor de serviço e consumidor não podem ser analisadas a

partir do vetusto princípio do *pacta sunt servanda*, sendo de rigor a aplicação da boa-fé e da função social dos contratos, merecendo a pecha da nulidade absoluta a cláusula instituidora de obrigações abusivas a parte hipossuficiente.

- A conduta consistente na omissão em fornecer o material necessário ao procedimento solicitado pelo médico, em favor do paciente, enseja o dever de ressarcir o valor pago, bem como indenizá-lo moralmente, diante da insegurança, aflição e sofrimento, causados ao enfermo.

- Na fixação da verba indenizatória, observam-se as circunstâncias do fato e a condição do ofensor e do ofendido, para que o *quantum* reparatório não perca seu caráter pedagógico, não se constitua em lucro fácil para o lesado, nem se traduza em quantia irrisória.

- O art. 557, do Código de Processo Civil, permite ao relator negar seguimento a recurso, através de decisão monocrática, quando este estiver em confronto com súmula ou com jurisprudência dominante do respectivo Tribunal, do Supremo Tribunal Federal, ou de Tribunal Superior.

Vistos.

Trata-se de **APELAÇÃO**, fls. 130/147, interposta pela **UNIMED João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médico** contra sentença, fls. 126/129, prolatada pelo Juiz de Direito da 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, que, nos autos da **Ação de Indenização por Danos Materiais e Morais** promovida por

Fernando Antônio Ulisses de Carvalho, consignou os seguintes termos:

Isto posto, JULGO PROCEDENTE O PEDIDO, condenando a UNIMED JOÃO PESSOA a pagar ao autor a quantia de R\$ 22.000,00 (vinte e dois mil reais), a título de restituição de valores pagos indevidamente, além do valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), de indenização por danos morais, conforme fundamentos acima, com incidência de correção monetária (L. 6.899/81), sendo a primeira quantia a contar da época de desembolso, e da indenização por danos morais, a contar desta sentença, além da incidência, em ambos os casos, de juros de mora a contar da citação inicial.

Quanto à sucumbência, restou decidido:

Ademais, condeno ainda a demandada, em face dos ônus da sucumbência, ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, os quais arbitro em 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação.

Em suas razões, a recorrente suscita, preliminarmente, a necessidade de sobrestamento do feito, em razão do reconhecimento da repercussão geral relativa ao caso em apreço. No mérito, aduz as seguintes insurgências: inexistência de cobertura contratual para o material solicitado; não regulamentação do contrato em questão; legalidade da negativa de autorização para o fornecimento do material solicitado, afastando o dever de ressarcimento; ausência de dano moral ou, ao menos, a minoração do *quantum*. Por fim, requer o provimento do apelo, com a consequente inversão do ônus da sucumbência e redução da vera honorária. Alternativamente, caso assim não entenda esse Sodalício, pugna pela minoração da citada verba.

Em sede de contrarrazões, fls. 153/168, rebateu-se pontualmente a prefacial declinada no apelo e, com relação ao mérito, pugnou pela manutenção da decisão de primeiro grau, haja vista a negativa do material solicitado, ferindo as normas contidas no Código de Defesa do Consumidor, ensejando o ressarcimento do dano material e a condenação da empresa em danos morais.

A **Procuradoria de Justiça**, em parecer da **Dra. Jacilene Nicolau Faustino Gomes**, fls. 181/186, opinou pelo desprovimento do recurso.

É o RELATÓRIO.

DECIDO

De início, cumpre analisar a **preliminar de necessidade de sobrestamento do feito, em razão do reconhecimento da repercussão geral no Recurso Extraordinário nº 578.801/RS.**

Sem maiores delongas, entendo desmerecer guarida a referida insurgência, pois, nos termos do art. 543-B, do Código de Processo Civil, a este relator falece poderes para sustar o andamento do feito, devendo tal providência ser cogitada apenas por ocasião do exame de eventual recurso extraordinário a ser interposto contra decisão desta Corte de Justiça. Eis o preceptivo legal:

Art. 543-B. Quando houver multiplicidade de recursos com fundamento em idêntica controvérsia, a análise da repercussão geral será processada nos termos do Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal, observado o disposto neste artigo. (Incluído pela Lei nº 11.418, de 2006).

§ 1º. **Caberá ao Tribunal de origem selecionar um ou mais recursos representativos da controvérsia e encaminhá-los ao Supremo Tribunal Federal, sobrestando os demais até o pronunciamento definitivo da Corte - negritei.**

Nesse sentido, já se manifestou o Superior Tribunal de Justiça:

TRIBUTÁRIO. AUTORIZAÇÃO PARA EMISSÃO DE TALONÁRIOS DE NOTAS FISCAIS. GARANTIA. INEXIGIBILIDADE. REPERCUSSÃO GERAL PELO STF. 2.(...) **Ainda que a matéria tenha sido reconhecida como de repercussão geral pelo Supremo Tribunal Federal, descabe sobrestar o feito na fase em que se encontra**, porquanto tal fato não impede o julgamento do recurso especial, apenas assegura o sobrestamento do recurso extraordinário caso este venha a ser interposto contra o acórdão proferido por esta Corte. 3. Agravo regimental não provido (AgEDAgREsp 971.077/RS, Rel. Min. Eliana Calmon, DJe 17.11.09) - destaquei.

Dessa forma, **não há como se acolher a prefacial de suspensão do feito**, até por que, como demonstrado alhures, a seleção não se dá de modo aleatório, ao talante da recorrente, porquanto “Não há direito subjetivo da parte à escolha de seu recurso como recurso-paradigma” (**Marinoni, Luiz Guilherme**. In. **Código de Processo Civil Comentado - artigo por artigo**: 2ª edição, São Paulo - Editora Revista dos Tribunais, 2010).

Ultimadas essas considerações, passa-se, agora, à análise da questão meritória posta a desate.

Como cedição, o Poder Judiciário vem sendo acionado, com frequência, para resolver conflitos de interesses subjacentes à operacionalização da modalidade contratual denominada seguro saúde.

Tais conflitos compreendem, em sua maioria, um tormentoso debate acerca da legitimidade de cláusulas contratuais que amesquinham o âmbito de cobertura dessa espécie de seguro, fixando, por exemplo, tempo máximo de internação em unidade de terapia intensiva e número máximo de exames realizáveis num determinado intervalo temporal, ou limitando o risco assumido pelos planos de saúde, passando a restringir o número de doenças e tratamentos acobertados pelo contrato.

Em meio a essa conjuntura de acirrado confronto entre as classes consumidora e fornecedora de serviços de assistência médico-hospitalar, veio a Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com o propósito de regulamentar os limites da autonomia dos planos de saúde para a pré-formatação de cláusulas contratuais restritivas.

É bem verdade que, conforme estabelece o seu art. 35, as disposições da mencionada lei deveriam, em linha de princípio, aplicar-se, tão somente, aos contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores titulares de contratos celebrados, em data anterior, a possibilidade de optar pela adaptação ao novo sistema, sem necessidade de nova contagem dos períodos de carência (§ 3º).

No entanto, a esmagadora maioria dos consumidores optou por preservar a conformação original de seus planos antigos, porquanto a sua adequação à nova lei de regência implicaria o pagamento de preços mais altos àqueles existentes antes do advento dela vinham sendo praticados.

Sensível a essa circunstância, a Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça firmou, através da Portaria nº 3, de 19.03.1999, orientação no sentido de, mesmo nos contratos de plano de saúde celebrados

anteriormente à Lei Federal nº 9.656/98, são nulas de pleno direito as cláusulas impondo limites ou restrições a procedimentos médicos, contrariando prescrição médica.

O legislador federal foi bastante incisivo ao determinar a necessidade de se conferir amplíssima cobertura a todas as espécies de doenças, estabelecendo que o contrato de seguro saúde deva abarcar todos os procedimentos básicos, podendo ser excluídos de seu âmbito de abrangência apenas alguns procedimentos mais sofisticados, taxativamente relacionados no art. 10, daquele Diploma Legal, com a redação conferida pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24.8.2001.

Não poderia ser diferente.

Ao contratar um plano privado de assistência médico-hospitalar, o consumidor tem a legítima expectativa de, caso venha a ser acometido de alguma enfermidade, a empresa contratada arcará com todos os custos necessários ao restabelecimento de sua saúde.

Tal prática, todavia, vem ocorrendo, pois, enquanto os pactuantes assumem, sem quaisquer reservas, o risco de, eventualmente, pagarem a vida inteira pelo plano e jamais se beneficiarem dele, a operadora apenas assume o risco de arcar com os custos de tratamento de determinadas doenças, normalmente as de mais simples (e, por conseguinte, as de menor custo) solução.

Esse tipo de limitação de cobertura deixa o consumidor em situação de desvantagem exagerada, na exata medida em que restringe direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato de seguro-saúde.

Há, sem dúvida, inadmissível desvirtuamento da natureza do contrato de seguro, particularizada pela marca da aleatoriedade, quando uma só das partes limita o risco, o qual é assumido integralmente pela outra. Por isso mesmo, as cláusulas existentes nesse gênero são nulas de pleno direito, conforme

estabelece o art. 51, IV c/c § 1º, I e II, do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

(...)

IV – estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, **que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada**, ou seja, incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.

(...)

§ 1º. Presume-se exagerada, ente outros casos, a vantagem que:

(...)

II – restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio contratual.

III – se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares do caso - negritei.

Com base nesse fundamento, os tribunais brasileiros vêm declarando a abusividade de cláusulas contratuais que restrinjam coberturas ou estabeleçam exclusões atentatórias à legítima expectativa do consumidor de receber integral assistência do plano de saúde, **entendimento do qual comungo plenamente.**

Não se trata de negar a força vinculante liberadas por tais pactos. Absolutamente. Trata-se isto, sim, de, reconhecendo-a, emprestar a ela exegese e aplicação conforme ao espírito protetivo do Direito Consumerista e à importância do objeto contratado: a tutela da saúde de um ser humano.

Destarte, a natureza peculiar do contrato de seguro

saúde e a especial relevância do direito protegido estão a exigir que a sua compreensão seja realizada à luz de princípios maiores e, não, à vista das regras tradicionais da teoria dos contratos.

Tal conduta foi exatamente realizada pelo legislador federal, agindo na perspectiva contemporânea do dirigismo contratual.

Mas isso não é tudo.

Na hipótese, em comento, a **UNIMED João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médico** assevera que o fornecimento de materiais vindicados, a saber, a implantação de dois *stents*, no valor de R\$ 22.000,00 (vinte e dois mil reais), fls. 41/42, pelo promovente, foi negado em razão da ausência de cobertura contratual e em razão de não estar contemplado nas diretrizes da ANS - Agência Nacional de Saúde.

Tal alegação, contudo, não merece prosperar, pois inobstante o art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656/98, estabeleça que a extensão das coberturas contratuais seja consignada pela ANS - Agência Nacional de Saúde, convém esclarecer que o rol de tratamentos previsto pela já mencionada agência não é taxativo, servindo, apenas, de norte aos planos de saúde. Ademais, não poderia ser diferente, haja vista que se as hipóteses fossem restritivas não acompanhariam o desenvolvimento da medicina, com o surgimento de exames e tratamentos cada vez mais avançados.

É sabido que os pactos ajustados entre empresas de assistência médica e seus beneficiários normalmente contêm cláusulas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, contrariando as legítimas expectativas daqueles que, salvo raras exceções, com muito sacrifício, pagam as elevadas prestações do plano de saúde e dele esperam o melhor atendimento.

Nos termos do art. 51, IV, da Lei nº 8.078/90, são nulas, de pleno direito, as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações

consideradas iníquas, abusivas, bem como coloquem o consumidor em desvantagem exagerada ou sejam incompatíveis com a boa-fé e a equidade.

Assim sendo, estão prolíficas de boa-fé as formas de tratamentos escolhidas pelo médico, mormente em se tratando, *in casu*, materiais necessários para a realização do procedimento cirúrgico “angioplastia de artéria descendente anterior e marginal esquerdo”, fl. 40, patologia essa devidamente demonstrada na documentação encartada aos autos, fls. 32/40.

Nesse sentido, calha transcrever o posicionamento adotado pelos Tribunais pátrios:

APELAÇÃO CÍVEL. DANO MATERIAL. PLANO DE SAÚDE. UNIMED. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME. PET-SCAN. PROCEDIMENTO SUPOSTAMENTE NÃO COBERTO PELO CONTRATO. ALEGAÇÃO IMPERTINENTE. Escolha do procedimento adequado que compete exclusivamente ao profissional da medicina. Ingerência do plano de saúde. Impossibilidade. Afastamento das regras da agência nacional de saúde e do contrato, pois em conflito com as normas consumeristas. Dano material configurado. Ressarcimento devido. Precedentes desta câmara. Sentença mantida. Recursos conhecido e desprovido. Decisão unânime. (TJSE; AC 2011216534; Ac. 14108/2011; Segunda Câmara Cível; Rel. Des. Ricardo Múcio Santana de Abreu Lima; DJSE 20/10/2011; Pág. 58).

E,

PLANO DE SAÚDE. Ação cominatória Recusa de

cobertura para exame PET-CT, por ausência de previsão no rol da ANS. Sentença de procedência. Inconformismo da Unimed Campinas. Alegação de ilegitimidade para responder à ação, dado que o contrato de seguro-saúde teria sido firmado pela Unimed de Volta Redonda. Cooperativas que integram o mesmo sistema de saúde, devendo responder solidariamente. Existência de expressa indicação médica para o tratamento. No esteio da Súmula nº 96 desta Corte, havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento. Sentença mantida. Negado provimento ao recurso. (V. 13433). (TJSP; APL 0050950-84.2008.8.26.0114; Ac. 6934629; Campinas; Terceira Câmara de Direito Privado; Rel^a Des^a Viviani Nicolau; Julg. 13/08/2013; DJESP 29/08/2013).

Ainda,

PLANO DE SAÚDE. Obrigação de Fazer. Paciente com recidiva de câncer com prescrição de nova intervenção denominada "cirurgia citoredutora associada à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica HIPEC". Intervenção que somente pode ser realizada no Hospital Sírio-Libanês ou no Hospital Albert Einstein fora da cobertura do plano. Legitimidade passiva da Unimed Paulistana por integrar o Sistema Empresarial Cooperativo Unimed, constituído por todas as Unimeds do país e diversas empresas criadas para oferecer-lhes suporte, e possuir acordo com a co-ré de disponibilização de sua rede credenciada para atendimento de usuários.

de outras Unimed. A Unimed Campinas não negou que o contrato cobria o tratamento da doença, contudo não comprovou que na área de atuação do plano da autora, tinha condições de oferecer hospital, médicos, equipamentos e pessoal especializado para realização de referida cirurgia, necessária ao tratamento. A delimitação geográfica de abrangência do plano não justifica o não atendimento integral do conveniado por deficiência técnica ou estrutural da Operadora do plano Cobertura ainda do Exame PET/CT. Aplicação da Súmula n. 96 desta Seção de Direito Privado. Não conhecimento da segunda apelação da Unimed Paulistana e do recurso de Valquiria Catelli Nogueira. Provimento em parte dos recursos da autora Cláudia Cristina Miranda e da Unimed Paulistana e desprovimento da apelação da Unimed Campinas. (TJSP; APL 0201051-73.2011.8.26.0100; Ac. 6907649; São Paulo; Primeira Câmara de Direito Privado; Rel. Des. Alcides Leopoldo e Silva Júnior; Julg. 06/08/2013; DJESP 19/08/2013).

Diante dos argumentos narrados, não se mostra razoável que a empresa promovida negue o material necessário ao procedimento cirúrgico requerido pelo médico, sob o pretexto deste não estar previsto nas cláusulas contratuais, devendo, portanto, ressarcir o valor pago pelo promovente, a título de dano material, de **R\$ 22.000,00 (vinte e dois mil reais)**, de acordo com os documentos de fls. 41/42.

A propósito, calha transcrever trecho da decisão de fl. 127:

A tal propósito, a cláusula 01, disciplina os

SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES cobertos, incluindo-se:

“assistência médica de natureza clínica e cirúrgica através de médicos, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia” - fl. 19 destes autos.

Desse modo, é de se observar que o autor, internado em hospital conveniado, nesta Cidade, em estado grave de saúde (urgência). Entretanto, embora autorizado procedimento cirúrgico, lhe foi negado o material cirúrgico necessário (dois stents farmacológico), tendo o autor realizado o desembolso da quantia de R\$ 22.000,00, consoante documentos de fls. 41/42. Embora a demandada negue a existência de cobertura para tais serviços, a cláusula contratual acima transcrita não deixa dúvidas de que a autora teria assegurado a prestação *dos serviços médicos e hospitalares que compreendem atos clínicos, cirúrgicos e auxiliares*. Assim sendo, tanto internamento quanto o material utilizado na cirurgia, obviamente, se insere dentre os serviços compreendidos na cláusula contratual acima transcrita, em especial atos clínicos, cirúrgicos e auxiliares.

Nessa premissa, é importante afirmar que o direito à vida é bem supremo garantido pela Carta Política de 1988 e, mesmo não se encontrando ali escrito, sê-lo-ia pelo próprio direito natural inerente ao ser humano.

Ademais, melhor sorte também não assiste ao recorrente quando aduz a inexistência de dano moral.

Com efeito, não se mostra razoável a negativa de materiais necessários ao procedimento cirúrgico requerido pelo Médico do paciente,

sob o pretexto de tal tratamento não possuir cobertura contratual, sendo certo dizer que tal situação configura dano moral, necessitando de indenização também quanto a este aspecto.

Em casuística similar, esta Corte de Justiça já se manifestou:

AÇÃO DE COBRANÇA C/C REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS E MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. 1º APELO. ALEGAÇÃO DE NÃO CUMPRIMENTO DO PERÍODO DE CARÊNCIA. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. PRAZO DE CARÊNCIA REDUZIDO. DESPESAS MÉDICAS COMPROVADAS. OCORRÊNCIA DE DANO MATERIAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE ATENDIMENTO DESCABIDA. DESPROVIMENTO DO APELO. 2º APELO. PEDIDO DE MAJORAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. POSSIBILIDADE. VALOR QUE DEVE SER FIXADO COM BASE NOS PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. REFORMA PARCIAL DA SENTENÇA. PROVIMENTO DO 2º APELO. **A negativa de autorização de tratamento médico enseja a reparação por danos morais advindos do agravamento da situação pessoal de angústia do paciente.** A valoração do dano moral deve ser motivada pelo critério da razoabilidade, e observadas a gravidade e a repercussão do dano, bem como a intensidade e os efeitos do sofrimento, e tem por finalidade o caráter didático-pedagógico com o

objetivo de desestimular a conduta lesiva. (TJPB; AC 0035221-81.2011.815.2001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira; DJPB 20/02/2014) - destaquei.

Como cediço, no tocante ao arbitramento do *quantum* extrapatrimonial, convém esclarecer que os critérios utilizados, para a fixação da verba compensatória moral devem estar de acordo com a melhor orientação doutrinária e jurisprudencial versando sobre a matéria *sub examine*, consoante a qual incumbe ao Magistrado arbitrar, observando as peculiaridades do caso concreto, bem como as condições financeiras do agente e a situação da vítima, de modo que não se torne fonte de enriquecimento, tampouco que seja inexpressivo a ponto de não atender aos fins a que se propõe.

Sendo assim, no intuito de se perquirir o valor do dano moral é necessário levar em consideração as condições financeiras dos envolvidos, a fim de que não se transponham os limites dos bons princípios e da igualdade que regem as relações de direito, evitando, por conseguinte, um prêmio indevido ao ofendido, indo muito além da recompensa ao desconforto, ao desagrado, aos efeitos do gravame suportado.

Nesse sentido, é válido trazer a lume pronunciamento do doutrinador **Humberto Theodoro Júnior**, o qual se manifestou no tocante aos limites e critérios utilizados pelo julgador, para a fixação do valor da indenização decorrente de danos morais:

O problema haverá de ser solucionado dentro do princípio do prudente arbítrio do julgador, sem parâmetros apriorísticos e à luz das peculiaridades de cada caso, principalmente em função do nível sócio-econômico dos litigantes e da maior ou menor gravidade da lesão (In. RT 662/9).

de Justiça: Diverso não é o entendimento do Superior Tribunal

RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. CIVIL. DANO À IMAGEM. DIREITO À INFORMAÇÃO. VALORES SOPESADOS. OFENSA AO DIREITO À IMAGEM. REPARAÇÃO DO DANO DEVIDA. REDUÇÃO DO QUANTUM REPARATÓRIO. VALOR EXORBITANTE. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

(...)

Mesmo sem perder de vista a notória capacidade econômico-financeira da causadora do dano moral, a compensação devida, na espécie, deve ser arbitrada com moderação, observando-se a razoabilidade e a proporcionalidade, de modo a não ensejar enriquecimento sem causa para o ofendido. (...) 5. Nesse contexto, reduz-se o valor da compensação. 6. Recurso Especial parcialmente provido. (STJ; REsp 794.586; Proc. 2005/0183443-0; RJ; Quarta Turma; Rel. Min. Raul Araújo; Julg. 15/03/2012; DJE 21/03/2012) - destaquei.

Diante das considerações acima explanadas, entendo que a verba indenizatória moral fixada em primeiro grau, no importe de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) merece ser mantida, por ter sido esta fixada de forma proporcional, a qual possui o intróito de amenizar o infortúnio suportado pela parte autora, bem como tornar-se um fator de desestímulo, a fim de que a ofensora não torne a praticar novos atos de tal natureza.

Por fim, o art. 557, do Código de Processo Civil, permite ao relator negar seguimento a recurso, através de decisão monocrática, quando este estiver em confronto com Súmula ou com Jurisprudência dominante do

respectivo Tribunal, do Supremo Tribunal Federal, ou de Tribunal Superior.

Ante o exposto, **REJEITO A PRELIMINAR DE SOBRESTAMENTO DO FEITO ARGUIDA NAS RAZÕES RECURSAIS DA UNIMED JOÃO PESSOA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO E, QUANTO AO MÉRITO, NEGOU SEGUIMENTO À APELAÇÃO.**

P. I.

João Pessoa, 17 de outubro de 2014.

Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho
Desembargador
Relator