



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GAB. DES. JOSÉ RICARDO PORTO

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL N. 0027812-54.2011.815.2001

Relator: Aluizio Bezerra Filho, Juiz Convocado para substituir o Des. José Ricardo Porto.

Apelante: Flaviano de Rezende Oliveira e outros

Advogado: Raquel Maria Azevedo Pereira Farias (OAB-PB 15.414)

01 Apelado: Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico

Advogado: Thais de Fátima G. de Menezes Luna (OAB-PB 16.395) e outros

02 Apelado: Unimed Patos – Cooperativa de Trabalho Médico

Advogado: Cicero Pereira de Lacerda Neto (OAB-PB 15.401) e outros

APELAÇÃO CÍVEL. REPETIÇÃO DE INDÉBITO E DANOS MORAIS. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PEDIDO PARCIALMENTE PROCEDENTE. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA 2ª APELADA. REJEIÇÃO. INTEGRAÇÃO À LIDE. MÉRITO. RETARDO, INJUSTIFICADO, TANTO NA AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO DA PACIENTE QUANTO PARA A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. CONDUTA EQUIVALENTE A NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PELO PLANO DE SAÚDE. COBRANÇA DE VALORES INDEVIDA PELO ATENDIMENTO E PROCEDIMENTO MÉDICOS. AUSÊNCIA DE MÁ-FÉ. DEVOLUÇÃO DE VALOR ADIMPLIDO NA FORMA SIMPLES. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO.

Aplica-se ao caso a regra insculpida no art. 25, § 1º do Estatuto do Consumidor, pelo que se tratando de ação em que se pretende a condenação de duas prestadoras de serviços médicos, coobrigadas ao atendimento hospitalar de cliente por força de contrato, tanto a UNIMED João Pessoa quanto a UNIMED Patos são partes legítimas para figurarem no polo passivo da Demanda.

No que se refere ao pedido de condenação a devolução em dobro da quantia indevidamente paga, improcede a pretensão, pois a cobrança indevida ocorreu apenas em razão da burocracia das empresas, tanto que foram emitidas as autorizações, ainda que serodiamente.

A conduta das operadoras do plano de saúde UNIMED transgrediu o princípio da boa-fé objetiva, porque não observados os deveres anexos (a cobertura do plano contratado, a dignidade da pessoa enferma e o agir conforme a confiança depositada), até porque a paciente despendeu, mensalmente, quantia considerável com o fito de em situações de emergência, como no caso dos autos, receber atendimento médico imediato e sem percalços.

O objetivo da indenização por danos morais não é reparar um dano subjetivo, mas, tão somente, compensá-lo, impondo, ao mesmo tempo, uma punição ao agente causador, para que o mesmo observe as cautelas de estilo na prestação do serviço que oferece ao consumidor. Observância aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, entre a conduta e o dano causado.

VISTOS, relatados e discutidos os autos acima referenciados.

ACORDA a Primeira Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba, **à unanimidade de votos, DAR PROVIMENTO PARCIAL AO RECURSO.**

RELATÓRIO

Flaviano de Rezende Oliveira e outros interpuseram Apelação (fl.163) contra a Sentença (fls.156/161), prolatada pelo Juízo de Direito da 9ª Vara Cível da Comarca desta Capital, nos autos da Ação de Repetição de Indébito c/c Danos Morais por eles proposta em face da **Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico e da Unimed Patos – Cooperativa de Trabalho Médico**, que após acolher a preliminar de ilegitimidade de parte “ad causam” da Cooperativa Patoense, julgou parcialmente procedente o pedido, apenas para condenar a Unimed - João Pessoa a restituir, de forma simples, a quantia de R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) aos Autores, acrescida de juros e correção monetária, bem como ao pagamento de honorários advocatícios estes fixados em 10% sobre o valor da condenação, com reconhecimento da sucumbência recíproca.

Em suas razões (fls.163/174), pleitearam o retorno à lide da UNIMED – Patos, ao argumento de que havendo relação entre as cooperativas, aplica-se a regra segundo a qual se a ofensa tiver mais de um autor, todos responderão solidariamente pela reparação.

No mérito, aduziram, basicamente, que num momento de aflição para o atendimento e realização de procedimentos médicos destinados a genitora dos Autores, deles foi exigido o desembolso de R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais), pelo que, sendo a paciente titular de plano regular de saúde da Unimed, não lhes poderiam ser dispensado esse tratamento, razão pela qual inexistente boa-fé na atitude da Cooperativa, sendo devido o pagamento em dobro da quantia desembolsada.

Defenderam, ainda, a ocorrência de danos morais.

Pugnaram pelo provimento do Apelo, para que seja reformado o Aresto, integrando a Cooperativa de Patos à Demanda, e julgado totalmente procedentes os pedidos.

Contrarrazões (fls. 188/194 e 195/197) pelo Desprovimento da Irresignação.

A Procuradoria de Justiça manifestou-se pela desnecessidade da sua intervenção – fls. 204/205v.

É o relatório.

VOTO

Presentes os requisitos de admissibilidade, conheço do Apelo.

Preliminar de Ilegitimidade da “ad causam” da Unimed – Patos.

O Código Civil (art. 942) preconiza que “os bens do responsável pela ofensa ou violação do direito de outrem ficam sujeitos à reparação do dano causado; e, se a ofensa tiver mais de um autor, todos responderão solidariamente pela reparação”.

“Mutatis mutandis” esse mesmo entendimento é encontrado no Código de Defesa do Consumidor.¹

Segundo a Inicial, a Sra. Narriman de R. de Oliveira, cliente da UNIMED - PATOS, foi submetida a um procedimento cirúrgico na Clínica Santa Terezinha, sendo encaminhada ao Hospital da UNIMED, nesta cidade, diante do agravamento do seu estado de saúde.

Por ocasião do ingresso no nosocômio, obteve a informação do Hospital que a UNIMED patoense não havia autorizado o atendimento. Por essa razão, seus filhos desembolsaram a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para que a genitora fosse atendida.

Durante a estada da paciente no hospital, ainda sem a autorização da UNIMED – Patos, foi submetida ao cateterismo em artéria, implante de cateter intracraniano e demais procedimentos médicos necessários, pelo que foi desembolsado novo valor (R\$ 24.000,00 o vinte e quatro mil reais).

Os documentos de fls. 127 e 128 comprovam que a “de cujus” foi internada em caráter de urgência na cidade de João Pessoa no dia **08/09/2015**, e que a data da solicitação da Unimed - João Pessoa para a Cooperativa médica de Patos somente ocorreu no dia **09/09/2010**. Entretanto, quatro dias após a internação, a paciente veio a óbito (**12/10/2010**) por conta de um AVC embólico. Já a autorização para os exames só ocorreu no dia **17/09/2010**.

O contrato de fls. 36/37v, cláusulas 18 e 36, prevê acordo de atendimento em trânsito entre as Cooperativas, e autoriza a extensão dos serviços pleiteados fora da área geográfica do domicílio da falecida.

Parece claro que, neste caso, a unidade prestadora de Patos é corresponsável pelo pronto atendimento aos interesses da usuária.

É que, conquanto não tivesse como autorizar, imediatamente, o ingresso da paciente no hospital, porque não lhe foi solicitado pela UNIMED João Pessoa, depois de acionada retardou por vários dias a liberação do atendimento, internação e exames.

1. Art. 25. É vedada a estipulação contratual de cláusula que impossibilite, exonere ou atenua a obrigação de indenizar prevista nesta e nas seções anteriores.

§ 1º Havendo mais de um responsável pela causação do dano, todos responderão solidariamente pela reparação prevista nesta e nas seções anteriores.

Assim, aplica-se ao caso a regra insculpida no art. 25, § 1º do Estatuto do Consumidor, pelo que se tratando de ação em que se pretende a condenação de duas prestadoras de serviços médicos, coobrigadas ao atendimento hospitalar de cliente por força de contrato, tanto a UNIMED João Pessoa quanto a UNIMED Patos são partes legítimas para figurarem no polo passivo da Demanda, razão pela qual declaro a legitimidade passiva “ad causam” da Cooperativa médica de Patos, reintegrando-a à lide.

Por essas razões, **rejeito** a prefacial de ilegitimidade passiva da Unimed-Patos.

Mérito.

É incontroverso que a mãe dos Promoventes tinha vínculo contratual com a Unimed-Patos.

Porém, devido ao grave estado de saúde findou internada no Hospital da Unimed em João Pessoa, submetendo-se a procedimentos médicos sem prévia autorização do seu plano de saúde, e tendo que previamente desembolsar altos valores pelo atendimento, internação e exames, conforme recibos de fls. 41 e 43.

O Juízo entendeu que não houve ilicitude na conduta da UNIMED – João Pessoa, ao cobrar pelo atendimento e exames, considerando que nunca existiu vínculo contratual entre a Paciente e a 1ª Apelada – Unimed João Pessoa.

A rigor, não haveria responsabilidade de um hospital, relativa à simples cobrança dos procedimentos ali realizados, porquanto estava cobrando os valores despendidos no regular exercício do seu crédito, visto que a operadora do plano de saúde de Patos teria se recusado à cobertura dos procedimentos. Logo, a cobrança pelo hospital, destarte, decorreria do exercício regular do direito.

Entretanto, o nosocômio pertencente à 1ª Demandada, e por força do contrato de fls. 36/38, celebrado entre o grupo UNIMED e a paciente, esta deveria ter sido atendida sem percalços.

Além disso, “ad argumentandum tantum”, inspirado no princípio da dignidade da pessoa humana e concretizando o emprego dos direitos e garantias fundamentais no setor do direito privado, editou-se a Lei n. 9.656/1998, que dispõe acerca dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Dentre tantas determinações constantes nessa norma, encontra-se a obrigatoriedade da cobertura do atendimento no caso de emergência.

Por sua vez, em observância ao princípio da boa-fé objetiva, em consonância com o art. 4º, inciso III² e art. 170, V da CF³, deve haver equilíbrio nas relações entre consumidores e

2. Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: (...) III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica ([art. 170, da Constituição Federal](#)), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;

3. Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: (...) V - defesa do consumidor;

fornecedores, extirpando da relação contratual qualquer conduta abusiva ou desproporcional.

Configura quebra da confiança depositada, portanto, a negativa de autorização do serviço médico recomendado ou até mesmo a demora desarrazoada em autorizá-lo, pois privilegia o caráter patrimonial em detrimento da dignidade da pessoa.

Por outro lado, no que se refere a devolução em dobro da quantia indevidamente paga pelos familiares da falecida, note-se que a cobrança indevida ocorreu apenas em razão da burocracia das empresas, tanto que foram emitidas as autorizações, ainda que serodiamente.

Logo, não existe razão para ensejar a repetição em dobro da quantia cobrada pela inexistência de má-fé.

Com relação ao Dano moral ele é evidente.

É que, a conduta de ambas operadoras do plano de saúde UNIMED transgrediu o princípio da boa-fé objetiva, porque não foram observados os deveres sobre a cobertura do plano contratado, a dignidade da pessoa enferma e o agir conforme a confiança depositada, porquanto a paciente despendeu, mensalmente, quantia considerável com o fito de em situações de emergência, como no caso dos autos, receber atendimento médico imediato e sem transtornos.

A demora injustificada no pedido de autorização pela 1ª Apelada e da resposta ao pedido de autorização para exames e procedimentos médicos pela 2ª Recorrida importou, sem dúvida em desassossego anormal, agravando a situação da paciente.

Houve, claramente, um sofrimento maior, notadamente ante a situação clínica da mãe dos Apelantes, longe de um singelo aborrecimento decorrente de inadimplemento contratual, tudo lastreado na **ineficiente burocracia interna**.

Nessa diretriz, precedente do TJSP:

“PLANO DE SAÚDE. DEMORA NA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. Autora idosa que fraturou o antebraço e o punho direito e somente fora submetida a tratamento cirúrgico após custeio das despesas de tal procedimento por parente. Dano moral. Ocorrência. Demora na autorização do procedimento cirúrgico. Postergação da autorização que se confunde com negativa. Recusa indevida de cobertura em momento de aflição psicológica da paciente, que já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada. Precedentes desta E. Corte e do C. STJ. Sentença parcialmente reformada. Recurso provido” (Apelação n. 1002062-96.2014.8.26.0004, Rel. Fábio Podestá, j. 10.03.2015)

Analisadas a condição econômica das partes e as circunstâncias em que os fatos ocorreram, o valor da indenização em R\$ 20.000,00 (vinte mil) se mostra suficiente para compensar o ocorrido, e se apresenta compatível com os parâmetros adotados à hipótese.

Referido montante atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, na forma do artigo 944 do Código Civil.⁴

A este valor se chega levando-se em conta a repercussão do fato na vida pessoal e econômica da falecida, e sem contribuir para o enriquecimento sem causa, não se perdendo de vista o caráter punitivo do valor da indenização.

Dessa forma, impõe a reforma da Decisão recorrida, para condenar as operadoras de saúde no pagamento de indenização por danos morais, ora fixada no montante de R\$ 20.000,00, com incidência de correção monetária desde o arbitramento (Súmula 362 do STJ), e juros de mora a contar da citação, além das custas sucumbenciais, sendo pagos os valores “pro rata”.

Isto posto, **conhecida à Apelação e rejeitada a preliminar de ilegitimidade ad causam da 2ª Apelada, integrando-a à lide, dou-lhe parcial provimento** para, reformando parcialmente o Aresto, manter a condenação da Unimed – João Pessoa a devolver o valor indevidamente pago na sua forma simples, e condenar as operadoras de plano de saúde ao pagamento de indenização por danos morais, ora fixada no montante de R\$ 20.000,00, com incidência de juros e correção monetária, além das custas sucumbenciais, tudo “pro rata”.

É o voto.

Presidiu a sessão a Excelentíssima Desembargadora Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti. Participaram do julgamento, além do relator, Excelentíssimo Doutor Aluizio Bezerra Filho (*Juiz convocado, com jurisdição limitada, para substituir o Excelentíssimo Desembargador José Ricardo Porto*), o Excelentíssimo Desembargador Leandro dos Santos e a Excelentíssima Desembargadora Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti.

Presente à sessão a douta representante do Ministério Público, Vasti Clea Marinho Costa Lopes.

Sala de Sessões da Primeira Câmara Cível “Desembargador Mário Moacyr Porto” do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em João Pessoa, 09 de fevereiro de 2017.

Aluizio Bezerra Filho
RELATOR

J/15

4. CC - Art. 944. A indenização mede-se pela extensão do dano.