



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
GABINETE DO DESEMBARGADOR JOÃO ALVES DA SILVA

ACÓRDÃO

APELAÇÃO N. 0003416-42.2013.815.2001

ORIGEM: Juízo da 1ª Vara Cível da Comarca da Capital

RELATOR: Desembargador João Alves da Silva

APELANTE: Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico (Adv. Hermano Gadelha de Sá – OAB/PB nº 8.463)

APELADO: Safira Chacon de França (Adv. Diego Kaio da Silva – OAB/PB Nº 17.516)

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE ATIVA. REJEIÇÃO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. FALTA DE AUTORIZAÇÃO AO PROCEDIMENTO. TRATAMENTO QUE SE INCLUI NA COBERTURA CONTRATUAL. APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, DA BOA-FÉ E DA INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. DANOS MATERIAIS. OCORRÊNCIA. MANUTENÇÃO DA DECISÃO. DESPROVIMENTO DO RECURSO.

- As cláusulas restritivas que impeçam o restabelecimento da saúde em virtude de doença atentam contra a expectativa legítima do consumidor quanto ao plano de saúde contratado, o que deve ser percebido e sanado pelo Poder Judiciário, mormente quando o procedimento excluído da cobertura seja necessário ao bom êxito de tratamento coberto pelo contrato firmado e o caso configure situação de emergência.

- Não pode a operadora do plano de saúde intervir ou impor restrições à recomendação médica e negar-se a fornecer o necessário para o tratamento médico, sendo impositiva a obrigação contratual da operadora em arcar com as despesas do mesmo, com a aplicação imperiosa dos princípios da dignidade da pessoa humana, da boa-fé objetiva e, inclusive,

da interpretação mais favorável ao consumidor.

- Segundo o entendimento mais abalizado, “A jurisprudência das Turmas que compõem a Segunda Seção do STJ é firme no sentido de que a repetição em dobro do indébito, prevista no art. 42, parágrafo único, do CDC, pressupõe tanto a existência de pagamento indevido quanto a má-fé do credor”¹.

VISTOS, relatados e discutidos estes autos, em que figuram como partes as acima nominadas.

ACORDA a 4ª Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, por unanimidade, rejeitar a preliminar e, no mérito, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator, integrando a decisão a certidão de julgamento de fl. 153.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso apelatório interposto pela Unimed Campina Grande – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. contra sentença proferida pelo MM. Juízo da 1ª Vara Cível da Comarca da Capital nos autos da ação de indenização por danos morais e materiais ajuizada por Safira Chacon de França, ora recorrida, em face da apelante.

Na sentença, o douto magistrado *a quo* julgou parcialmente procedente a pretensão vestibular, para condenar a Unimed a restituir a parte autora o valor de R\$ 19.200,98 (dezenove mil, duzentos reais e noventa e oito centavos), acrescido de juros de mora de 1% ao mês, além de correção monetária a conta da data do efetivo pagamento.

Condenou, ainda, ao pagamento das custas e honorários, na proporção de 50% (cinquenta por cento) para cada parte, ressalvado o art. 12 da Lei nº 1.060/50.

Inconformada com o provimento jurisdicional de primeiro grau, a operadora de plano de saúde vencida ofertou suas razões recursais, pugnando pela reforma do *decisum*, argumentando: a necessidade de sobrestamento do feito, em razão de repercussão geral reconhecida pelo STF.

Quanto ao mérito, assevera a legalidade da conduta da apelante, da ausência de adaptação do convênio e da inexistência de danos materiais e que é um procedimento não coberto pelo plano de saúde contratado

Ao final, pugna pelo provimento do recurso.

Por seu turno, intimada, a apelada apresentou contrarrazões, pleiteando o desprovimento do recurso e a consequente manutenção da sentença, o que fizera ao rebater cada uma das alegações formuladas pela parte *ex adversa*.

Diante da desnecessidade de intervenção do Ministério Público, deixo de remeter os autos à Procuradoria-Geral de Justiça, nos termos do artigo 169, § 1º, do RITJPB c/c o artigo 178, do Código de Processo Civil vigente.

É o relatório que se revela essencial.

VOTO

Compulsando os autos e analisando a casuística em desate, há de se adiantar que o presente recurso apelatório não merece qualquer provimento, mantendo incólumes todos os termos da sentença guerreada.

De início, no tocante à preliminar de ilegitimidade ativa arguida oralmente pelo advogado da ora apelante, por ocasião do julgamento do recurso, entendo que não merece prosperar.

Com efeito, muito embora a ação tenha, inicialmente, sido promovida em nome de Safira Chacon de França, merece ser considerado que, com os documentos, foi juntada procuração pública na qual se comprova que ela é procuradora de sua mãe, Maria das Neves Chacon de França, inclusive tendo “poderes para o Foro em Geral, com os da Cláusula AD-JUDITIA e AD-NEGOTIA em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo, para tanto, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a)(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância” (fl. 23).

Isso não bastasse, à fl. 30 dos autos, foi requerida a emenda à petição inicial, a fim de se alterar o polo ativo, a fim de que passasse a constar que a ação fora promovida por Maria das Neves Chacon de França, representada por sua filha e procuradora, Safira Chacon de França.

Ademais, pela simples leitura da petição inicial, extrai-se que a autora é, de fato, Maria das Neves Chacon de França, representada por sua filha e procuradora, Safira Chacon de França.

Ante o exposto, **rejeito a preliminar** de ilegitimidade ativa.

Quanto ao mérito, é assente a configuração da relação

consumerista decorrente de tal avença de plano de assistência à saúde firmada entre os litigantes, sendo, portanto, de incidência obrigatória os dispositivos versados no Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula n. 469, do STJ, *verbis*:

STJ, Súmula 469. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

Destarte, urge destacar que basta um estudo, ainda que perfunctório, para se chegar à conclusão de que um contrato deve ser estipulado conforme os princípios da boa-fé e probidade⁹, objetivando-se, mandamental e inequivocamente, a satisfação do consumidor e o atendimento de sua saúde, segurança, além de outros valores considerados inerentes à dignidade humana e ínsitos à finalidade do contrato firmado.

Em virtude disso, destaque-se que o CDC cria mecanismos de proteção ao polo hipossuficiente da relação consumerista, a fim de equipará-lo ao fornecedor de bens ou serviços, estabelecendo, para tanto, entre outros: a interpretação mais favorável ao cliente¹⁰ e a nulidade das cláusulas abusivas¹¹.

Sob tal prisma, é sabido que os pactos ajustados entre empresas de assistência médica e seus beneficiários normalmente contêm cláusulas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, ferindo de morte 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.

Com escopo nesse intelecto, analisando-se o instrumento contratual vergastado sob a ótica jurídica implantada pelo Código de Defesa do Consumidor, assim como pela Lei dos Planos de Saúde, de n. 9.656/98, aplicável *in casu* devido à adaptação do contrato firmada em 2011 (fls. 130/141), e, ademais, pelo Código Civil, depreendem-se da presente casuística sérias e irremediáveis afrontas à ordem jurídica pátria, exigindo-se, portanto, a devida retificação.

Ora, não é razoável que, por anos, aquela que tenha cumprido em dia com suas obrigações, objetivando uma assistência médico-hospitalar digna, tenha seus direitos restringidos e suas expectativas frustradas, tornando-se impraticável o objeto do contrato em virtude de cláusula inserta, sendo esta, com efeito, manifestamente abusiva, justamente no momento que mais necessita, ainda mais em situação de emergência.

Sobreleva, destacar, nesse ponto, que o art. 35-C, da Lei dos Planos de Saúde, de n. 9.656/98, garante o atendimento nos casos de procedimentos de urgência ou emergência, independentemente da existência de cláusula limitativa

⁹ Artigo 422, do Código Civil de 2002, Lei 10.406/02.

¹ Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

¹ Artigo 51, do Código de Defesa do Consumidor.

de cobertura contratual, consoante se denota do seguinte enunciado legais:

“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, caracterizando em declaração do médico assistente; e

II – de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional”.

Como visto, o contrato e a norma citada albergam o atendimento de emergência ao usuário, não sendo razoável que, tendo a autora aderido ao plano de saúde, cumprindo em dia com suas obrigações, necessitando de atendimento emergencial, tenha seus direitos restringidos e, conseqüentemente, frustradas suas expectativas, tornado impraticável o objeto do contrato.

É precisamente tal situação que se enquadra à casuística em deslinde, tendo em consideração, sobretudo, a natureza do exame e a sua imprescindibilidade ao diagnóstico do caso clínico investigado pelos médicos assistentes da apelada, qual seja de quebra do fêmur e a necessidade de prótese, o que faz com que o procedimento denegado pela insurgente e custeado pela própria consumidora detenha um nítido caráter emergencial, excepcionando, pois, as restrições contratuais impostas pela operadora de saúde e tornando manifestamente reprovável a conduta empreendida pela apelante.

A esse respeito, evidenciando o temperamento da autonomia privada à luz da superveniência de situações de emergência ou urgência, nas quais deve-se entender pela primazia dos direitos fundamentais à saúde e à vida em detrimento da obrigatoriedade contratual, o STJ delinea o seguinte raciocínio:

“SEGURO DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. APRECIÇÃO ACERCA DE VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. DESCABIMENTO. NATUREZA DA RELAÇÃO JURÍDICA. CONSUMO. PRAZO CONTRATUAL DE CARÊNCIA PARA COBERTURA SECURITÁRIA. POSSIBILIDADE. CONSUMIDOR QUE, MESES APÓS A ADESÃO DE SEU GENITOR AO CONTRATO DE SEGURO, VÊ-SE ACOMETIDO POR TUMOR CEREBRAL E HIDROCEFALIA AGUDA. ATENDIMENTO EMERGENCIAL. SITUAÇÃO-LIMITE EM QUE O BENEFICIÁRIO NECESSITA, COM PREMÊNIA, DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS-HOSPITALARES COBERTOS PELO SEGURO. INVOCAÇÃO DE CARÊNCIA. DESCABIMENTO, TENDO EM VISTA A EXPRESSA RESSALVA CONTIDA NO ARTIGO 12, V, ALÍNEA "C", DA LEI 9.656/98 E A NECESSIDADE DE SE TUTELAR O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA. 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 tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida". (REsp 466.667/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJ 17/12/2007, p. 174) 2. Diante do disposto no artigo 12 da Lei 9.656/98, é possível a estipulação contratual de prazo de carência, todavia o inciso V, alínea "c", do mesmo dispositivo estabelece o prazo máximo de vinte e quatro horas para cobertura dos casos de urgência e emergência. 3. Os contratos de seguro e assistência à saúde são pactos de cooperação e solidariedade, cativos e de longa duração, informados pelos princípios consumeristas da boa-fé objetiva e função social, tendo o objetivo precípua de assegurar ao consumidor, no que tange aos riscos inerentes à saúde, tratamento e segurança para amparo necessário de seu parceiro contratual. 4. Os artigos 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor preveem a necessidade da adequação dos produtos e serviços à legítima expectativa que o Consumidor tem de, em caso de pactuação de contrato oneroso de seguro de assistência à saúde, não ficar desamparado, no que tange à procedimento médico premente e essencial à preservação de sua vida. 5. Portanto, não é possível a Seguradora invocar prazo de carência contratual para restringir o custeio dos procedimentos de emergência, relativos a tratamento de tumor cerebral que acomete o beneficiário do seguro. 6. Como se trata de situação-limite em que há nítida possibilidade de violação ao direito fundamental à vida, "se o juiz não reconhece, no caso concreto, a influência dos direitos fundamentais sobre as relações privadas, então ele não apenas lesa o direito constitucional objetivo, como também afronta direito fundamental considerado como pretensão em face do Estado, ao qual, enquanto órgão estatal, está obrigado a observar". (RE 201819, Relator(a): Min. ELLEN GRACIE, Relator(a) p/ Acórdão: Min. GILMAR MENDES, Segunda Turma, julgado em 11/10/2005, DJ 27-10-2006 PP-00064 EMENT VOL-02253-04 PP-00577 RTJ VOL-00209-02 PP-00821) 7. Recurso especial provido para restabelecer a sentença". (REsp 962.980, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, T4, 13/03/2012, 15/05/2012).

Outrossim, afigura-se pertinente salientar que, ainda que haja cláusula expressa limitadora, nos termos do artigo 51, IV do Código de Defesa do Consumidor, são nulas, de pleno direito, as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, bem como que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada ou sejam incompatíveis com a boa-fé e equidade ou, ademais, com tratamento abrangido na cobertura contratual.

Nesse sentido, destaco:

“APELAÇÃO. CAUTELAR. OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME DENOMINADO PET SCAN OU PET-CT POR COOPERATIVA MÉDICA. PACIENTE ACOMETIDA POR CÂNCER. NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO PARA O EXATO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA. FALTA DE PREVISÃO NA RESOLUÇÃO N.º 167/2007, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, À ÉPOCA VIGENTE. IRRELEVÂNCIA. FINALIDADE DO CONTRATO. MANUTENÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE DO CONTRATANTE. AUSÊNCIA DE EXCLUSÃO EXPRESSA DE COBERTURA NO INSTRUMENTO. INTERPRETAÇÃO FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. ARTS. 51, I E IV, E 47, DO CDC, SOB PENA DE ESVAZIAMENTO DO OBJETO CONTRATUAL. FUMUS BONI IURIS E PERICULUM IN MORA PRESENTES. REQUERIMENTO DEFERIDO. RECURSO. PACTA SUNT SERVANDA. EQUILÍBRIO ECONÔMICO DO CONTRATO. AUSÊNCIA DE PREVISÃO NA REGULAMENTAÇÃO DA ANS. DEVER DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL DO ESTADO, E NÃO DO FORNECEDOR DE SERVIÇO PRIVADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO E, SUBSIDIARIAMENTE, REDUÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. INSUBSISTÊNCIA DO APELO. DOENÇA COBERTA PELO PLANO. ILICITUDE NA RESTRIÇÃO DO MELHOR TRATAMENTO INDICADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO. NECESSIDADE ATESTADA. JURISPRUDÊNCIA DOMINANTE DO STJ. HONORÁRIOS FIXADOS DE ACORDO COM OS PARÂMETROS DO ART. 20, §3º, DO CPC. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO. São nulas de pleno direito as cláusulas contratuais tendentes a esvaziar a substância da avença, retirando do consumidor o gozo de vantagens decorrentes, diretamente, do que foi acordado, desequilibrando a equação econômico-financeira, art. 51, §10, II, do Código de Defesa do Consumidor. Se uma doença é coberta pelo plano de saúde, a fornecedora não pode limitar as formas de seu tratamento, consoante prescrição médica do profissional que acompanha o paciente, segundo as técnicas mais modernas, sob pena de tornar inócua a manutenção da vida e da saúde objeto primaz do contrato. Precedentes do STJ. Não é passível de minoração o valor fixado a título de honorários advocatícios em consonância com os parâmetros do art. 20, §3º, do Código de Processo Civil. Presentes o fumus boni iuris e o periculum in mora, correta a decisão que concedeu a medida cautelar desejada. Apelação conhecida e desprovida.” (TJPB, 20020080354455002, 4ª Câmara Cível, Rel. Des. Romero Marcelo F. Oliveira, 15/08/2012).

“PLANO DE SAÚDE - Recusa na realização de fisioterapia motora, exame PET/CT, terapia ocupacional, anestesista e outros materiais e serviços - Alegação de cláusula contratual de exclusão desta

modalidade - Inadmissibilidade - Prova satisfatória de que todos os itens correspondem ao próprio tratamento custeado, de cobertura prevista no contrato - Comprovação da urgência - Aplicação do Código de Defesa do Consumidor - Exegese dos artigos 47 e 51, § Io, II, do Código de Defesa do Consumidor - Sentença mantida -Recurso não provido.” (TJSP - APL 990101252660 SP – Rel. Percival Nogueira - 06/05/2010 - Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado - Publicação: 18/05/2010).

“Existindo previsão contratual acerca da cobertura clínica e cirúrgica de tratamentos de nefrologia, resta inválida a negativa de abrangência da hemodiálise, quando esta é necessária ao bom êxito no trato de insuficiência renal crônica.” (TJPB – AC 200.2009.021401-2/001 – Rel. Des. João Alves da Silva – 08/06/2010).

“CONSUMIDOR. Apelação Cível. Ação ordinária de obrigação de fazer c/c indenização de danos morais. Plano de saúde. Ressonância magnética. Cobertura. Alegação de falta de previsão contratual. Contrato de adesão - Cláusula limitativa de direitos. Exclusão expressa e específica. Inobservância - Art. 54, § 4º, do CDC. Não vinculação do consumidor. Interpretação favorável ao segurado. Art. 47, da Lei nº. 8.078/90. Desprovimento. - Deve ser interpretado favoravelmente ao aderente o contrato de consumo consistente em plano de saúde, em razão do bem jurídico tutelado, sobretudo quando o contratante for pessoa leiga e nas cláusulas que enumeram os exames não prestados inexistir a exclusão expressa da ressonância magnética, a par de constar discriminadamente os exames radiológicos dentre os serviços prestados, mesmo porque as cláusulas limitadoras de direitos, caso existentes, devem ser redigidas em destaque.” (TJPB AC 20020030075325001, Rel. Desembargador ABRAHAM LINCOLN DA CUNHA RAMOS, 4ª Câmara Cível, 19/07/2005).

Há de convir, ainda, que a limitação de procedimento ofertado por operadora de plano de saúde, quando ligado ao bom e fiel tratamento para a enfermidade, a torna, quanto a esse particular, abusiva, pois, em muitos casos, pode vir a frustrar o próprio tratamento, este sim alcançado pela cobertura contratada.

Nessa senda, a Jurisprudência recente e abalizada tem entendido que o objetivo precípua da assistência médica contratada é o de restabelecer a saúde do paciente através dos meios técnicos existentes que forem necessários, não devendo prevalecer, portanto, limitação contratual alguma que impeça a prestação do serviço médico-hospitalar com a utilização da tecnologia existente no mercado, mormente em se tratando o feito de contrato de adesão, em que as cláusulas são pré-determinadas.

A esse respeito, emerge o seguinte julgado do Colendo STJ:

AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ESPECIAL - - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO EM RAZÃO DA INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA FINANCEIRA DE EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO SEGUIMENTO AO RECLAMO. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. 1. Aplicação da Lei 9.656/98 a contratos anteriores à sua vigência. Embora as disposições do aludido diploma legal, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não retroajam para atingir contratos celebrados antes de sua vigência (quando não adaptados ao novel regime), a eventual abusividade das cláusulas pode ser aferida à luz do Código de Defesa do Consumidor. Isto porque "o contrato de seguro de saúde é obrigação de trato sucessivo, que se renova ao longo do tempo e, portanto, se submete às normas supervenientes, especialmente às de ordem pública, a exemplo do CDC, o que não significa ofensa ao ato jurídico perfeito" (AgRg no Ag 1.341.183/PB, Rel. Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, julgado em 10.04.2012, DJe 20.04.2012). Precedentes. 2. Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico do beneficiário. Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar. Precedentes. 3. Agravo regimental desprovido, com a imposição de multa. (AgRg no REsp 1450673/PB, Rel. Min. MARCO BUZZI, 4ª TURMA, 07/08/2014, DJe 20/08/2014).

Logo, estando a enfermidade coberta pelo contrato, a limitação imposta pelo plano de saúde não pode ser tolerada, exatamente nos termos reconhecidos pelo douto Juízo de primeiro grau, de modo que o provimento *a quo* não merece retoques quanto à abusividade da negativa de cobertura pela operadora recorrente ou quanto ao dever desta de ressarcir o preço despendido pela consumidora a título de custeio do tratamento recusado pela ré.

Sobre o tema, registro os seguintes precedentes:

"PLANO DE SAÚDE Pedido de declaração de nulidade de cláusula contratual fundamentado em discriminação etária vedada pelo Estatuto do Idoso, cumulado com pedido de devolução em dobro de parcelas pagas e indenização por dano moral Ocorrência de abusividade Vedação ao reajuste com fundamento etário para o idoso Ofensa à Lei n. 10.741/03 aplicável aos contratos de trato sucessivo Devolução dos valores pagos na forma simples e não

dobrada Recurso parcialmente provido”.²

“DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. RESTITUIÇÃO EM DOBRO COM BASE NO CDC. IMPOSSIBILIDADE. I - A jurisprudência das Turmas que compõem a Segunda Seção do STJ é firme no sentido de que a repetição em dobro do indébito, prevista no art. 42, parágrafo único, do CDC, pressupõe tanto a existência de pagamento indevido quanto a má-fé do credor. II - No caso, a iniciativa da empresa ré de reajustar as prestações do seguro saúde, com base na alteração da faixa etária, encontra-se amparada em cláusula contratual - presumidamente aceita pelas partes -, que até ser declarada nula, gozava de presunção de legalidade, não havendo razão, portanto, para se concluir que a conduta da administradora do plano de saúde foi motivada por má-fé. Recurso Especial provido”.³

A par de tais considerações, com arrimo na Jurisprudência dominante do STJ e do TJPB, **rejeito a preliminar arguida e nego provimento ao recurso apelatório**, mantendo incólumes todos os termos da sentença guerreada. **É como voto.**

DECISÃO

A Quarta Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba decidiu, por unanimidade, rejeitar a preliminar e, no mérito, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator.

Presidiu a sessão o Exmo. Des. Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho. Participaram do julgamento o Exmo. Des. João Alves da Silva, o Exmo. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira e o Exmo. Des. Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho.

Presente ao julgamento a Exma. Dra. Jacilene Nicolau Faustino Gomes, Procuradora de Justiça.

Sala de Sessões da Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa, 31 de janeiro de 2017.

João Pessoa, 01 de fevereiro de 2017.

Desembargador João Alves da Silva
Relator

² TJSP - APL 61592920098260394 SP – Rel. Des. Milton Carvalho – 4ª C. de Direito Privado – j. 02/02/2012 – DJ 10/02/2012.

³ STJ - REsp 871.825/RJ - Rel. Min. Sidnei Beneti – T3 – j. 12/08/2010 - DJe 23/08/2010.