



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça da Paraíba
Gabinete da Des. Maria das Graças Morais Guedes

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0124118-07.2012.815.0011

Origem : 7ª Vara Cível da Comarca de Campina Grande
Relatora : Des. Maria das Graças Morais Guedes
Apelante : Unimed JP – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.
Advogado : Hermano Gadelha de Sá e Leidson Flamarion T. Matos
Apelada : Maria das Graças Sousa Teixeira da Rocha
Advogado : Gilson Guedes Rodrigues

PRELIMINAR. QUESTÃO PRÉVIA SUSCITADA EM SEDE DE CONTRARRAZÕES. AUSÊNCIA DE DIALETICIDADE. RAZÕES DO APELO COM QUESTIONAMENTO DE VÁRIOS PONTOS DA SENTENÇA E COM DEBATE PERTINENTE À LIDE. REJEIÇÃO.

Verificando-se que as razões do apelo atacam vários pontos da sentença, discutindo, de forma clara, as questões pertinentes à lide, não há falar em violação ao princípio da dialeticidade.

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. DIAGNÓSTICO DE OCLUSÃO DA VEIA CENTRAL DE RETINA. LAUDO MÉDICO INDICANDO A URGÊNCIA DO TRATAMENTO, BEM COM A NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA APLICAÇÃO DE FÁRMACO ESPECÍFICO PARA A PATOLOGIA DETECTADA. NEGATIVA DE

COBERTURA. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA RESTRITIVA. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DANO MORAL. RECUSA DE PROCEDIMENTO URGENTE E INDICADO POR MÉDICO ESPECIALISTA. DEVER DE INDENIZAR. JURISPRUDÊNCIA DO STJ E TJPB. **DESPROVIMENTO.**

Havendo expressa indicação médica para realização de tratamento de urgência, mostra-se desarrazoada sua negativa de cobertura, devendo ser considerada abusiva a cláusula de sua exclusão, porquanto não cabe ao plano de saúde, mas sim ao profissional, indicar o melhor tratamento para a cura da doença.

A recusa abusiva de autorização para procedimento urgente, com aplicação de fármaco específico, expressamente recomendado pelo médico como único tratamento para a moléstia diagnosticada, é causa a justificar a reparação por dano moral, extrapolando a esfera do mero aborrecimento ou do dissabor cotidiano.

VISTOS, relatados e discutidos os autos em epígrafe.

ACORDA a egrégia Terceira Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, à unanimidade, em, **REJEITAR A PRELIMINAR E, NO MÉRITO, NEGAR PROVIMENTO À APELAÇÃO.**

RELATÓRIO

Trata-se de Apelação Cível interposta pela **Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico**, em face da sentença de fls. 113/116, que julgou procedentes os pedidos formulados na inicial.

O magistrado *a quo* condenou a empresa demandada na

obrigação de realizar o tratamento médico descrito às fls. 32, bem como a devolver os valores despendidos pela parte autora, conforme comprovante de fls. 34/37, no valor de R\$ 4.005,90 (quatro mil e cinco reais e noventa centavos), além de danos morais, estes fixados em R\$ 6.000,00 (seis mil reais).

Em suas razões, fls. 123/133, a Unimed João Pessoa sustenta que não há previsão contratual para a cobertura pleiteada. Nessa linha, alega que as cláusulas restritivas de direito não são vedadas pelo Código de Defesa do Consumidor e que não se pode confundir a cobertura contratual estabelecida pelos planos de saúde com o dever constitucionalmente garantido de assistência à saúde, inerente ao sistema público.

Aduz que não há dano moral indenizável, vez que não houve prejuízo à saúde da apelada, tampouco abalo financeiro, já que houve reembolso do tratamento.

Pede o provimento do recurso, para que sejam julgados improcedentes os pedidos exordiais. Em caso de entendimento diverso, pugna pela minoração do valor fixado à título de danos morais

Contrarrazões às fls. 144/154, suscitando preliminar de ausência de dialeticidade.

A Procuradoria de Justiça, em parecer lançado às fls. 160/164, opina pelo desprovimento do apelo.

É o relatório.

V O T O

**Exma. Desa. Maria das Graças Morais Guedes -
Relatora**

Preliminar - da dialeticidade

Em sede de contrarrazões, a apelada aduz não haver dialeticidade recursal no apelo em questão. Alega que o apelo é praticamente uma cópia da petição inicial.

Não há lógica em afirmar que “o apelo é praticamente uma cópia da petição inicial”, se a peça exordial é de autoria da própria apelada, cujo interesse é contrário ao da recorrente.

Ademais, o recurso apelatório é dialético, questionando vários pontos da sentença e discutindo, de forma clara, as questões pertinentes à lide.

Com essas considerações, **rejeito a arguição preliminar.**

Do mérito

Constata-se às fls. 32, a juntada de declaração médica, expedida em 16/11/2012, cujo teor transcrevo:

“Declaro para os devidos fins de direito que a paciente Maria das Graças Sousa Teixeira da Rocha apresentou em seu exame oftalmológico presença de oclusão venosa (oclusão de veia central da retina) com edema macular em olho esquerdo (com consequente importante comprometimento de sua acuidade visual neste olho).

Necessita, **em caráter de urgência**, ser submetida a tratamento antiangiogênico com a medicação Lucentis (Novartis) – **vale salientar que essa é a única medicação aprovada pelo Ministério da Saúde para aplicação intravítrea na patologia em questão** – e que a mesma tem que ser submetida a, no mínimo, 03 aplicações intravítreas da medicação (intervalo de 1 mês entre uma aplicação e outra).

O resultado final do tratamento é tempo dependente (quanto mais

rápido for realizada a medicação, maiores serão as possibilidades da paciente apresentar melhoras em sua acuidade visual final).CID 10: H 34.9" (destaquei)

Logo após o diagnóstico, ainda no dia 16/11/2012, a autora solicitou assistência médico/hospitalar à empresa promovida, expondo a necessidade e urgência do caso. No entanto, conforme documento de fls. 38, teve seu pleito negado, sob o argumento de que o procedimento estava fora das diretrizes da ANS – Agência Nacional de Saúde.

Ante a situação premente, a demandante contratou, às suas expensas, a realização do procedimento cirúrgico para aplicação da medicação prescrita, conforme documentos fls. 35/37.

Pois bem.

É cediço que aos contratos de plano de saúde são plenamente aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor (Súmula 469 do STJ).

A leitura do pacto que prevê cláusula restritiva, vedando a autorização de medicamento ou procedimento prescrito por médico competente, deve ser feita à luz dos princípios constitucionais e consumeristas. Ademais, deve-se pautar na eticidade e na função social dos contratos, princípios norteadores do Código Civil em vigor.

De outro plano, é nula de pleno direito a cláusula contratual considerada iníqua, abusiva, que coloque o consumidor em manifesta desvantagem, ou que seja incompatível com a boa-fé ou com a equidade (art. 51, IV, do CDC).

Claramente, a negativa de cobertura dos serviços médicos evidenciados, põe em questão o próprio fim do contrato, na medida em que a saúde do paciente consiste no principal objeto da avença.

A seguradora de saúde, ao ingressar no mercado com tal mister, deve estar ciente da essencialidade e do caráter público do serviço que escolheu prestar, não podendo sobrepor o caráter econômico do pacto à dignidade da pessoa, relegando a vida do paciente à sua própria sorte, sobretudo nos momentos de urgência.

Neste contexto, as evidências trazidas aos autos comprovam haver restado comprovada a necessidade urgente da agravante ser submetida ao tratamento pleiteado, ante o diagnóstico recebido e o provável progresso da doença.

Ademais, conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça, o contrato pode prever as doenças a serem cobertas pelo plano, mas cabe ao médico a indicação do melhor tratamento para o restabelecimento da saúde do paciente. Vejamos:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO ART. 535 DO CPC. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE "PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA" ASSISTIDA POR ROBÓTICA. PREVISÃO DE COBERTURA DA MOLÉSTIA NO CONTRATO. **EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA. CLÁUSULA QUE LIMITA A FORMA DE TRATAMENTO. PRECEDENTES DO STJ. SÚMULA Nº 83/STJ. ANÁLISE QUE DEMANDA O REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS E DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. 1. Não ficou caracterizada a violação do art. 535 do Código de Processo Civil, uma vez que o tribunal de origem se manifestou sobre todas as questões que se impunha pronunciamento acerca do tratamento médico em comento, sendo desnecessária a manifestação pontual sobre todos os artigos indicados pelas partes. 2. **A conclusão firmada no****

acórdão está de acordo com a consolidada jurisprudência desta corte no sentido de que a operadora pode limitar as doenças abarcadas pelo contrato, mas não o tratamento, a utilização de prótese ou procedimento escolhido pelo médico como o mais adequado à preservação da integridade física do paciente. Assim, são consideradas abusivas as cláusulas que limitam a forma de tratamento das doenças cobertas. Inafastável, no ponto, a Súmula nº 83/STJ. 3. Vale salientar, ainda, que, quanto à alegada ofensa aos arts. 10, I, e 12, VI, da Lei n. 9.656/98, o ora agravante, ao longo dos autos, traz alegações meramente genéricas a respeito da natureza experimental do aludido tratamento, o que inviabiliza o conhecimento do Recurso Especial nesse ponto. 4. Por fim, para desconstituir todas as premissas fáticas reconhecidas pelo tribunal de origem e inverter a conclusão alcançada, seria imprescindível o revolvimento de fatos e provas, bem como a análise de cláusulas contratuais, providências inviáveis no âmbito do Recurso Especial, nos termos das Súmulas nºs 5 e 7 desta corte. 5. Agravo interno improvido. (STJ; AgInt-AgRg-AREsp 828.327; Proc. 2015/0307598-4; SP; Terceira Turma; Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze; DJE 30/06/2016)

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA. PROCEDIMENTO ESPECÍFICO INDICADO POR MÉDICO. RECUSA DE COBERTURA. ABUSO. DANO MORAL VERIFICADO. SÚMULA 83/STJ. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. AGRAVO NÃO PROVIDO. 1. Nos termos da jurisprudência consolidada neste Pretório, é passível de condenação por danos morais a operadora de planos de saúde que se recusa injustificadamente a efetuar a cobertura do tratamento do segurado. 2. O eg. Tribunal a quo seguiu a jurisprudência desta Corte no sentido de considerar que "a exclusão de cobertura de determinado procedimento

médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato" (REsp 183.719/SP, Relator o Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe de 13.10.2008). 3. **Destarte, o Tribunal a quo decidiu conforme o entendimento desta Corte Superior de que, havendo expressa indicação médica para realização do tratamento, mostra-se desarrazoada sua negativa de cobertura, devendo ser considerada abusiva a cláusula de sua exclusão.** 4. Ademais, a revisão do que ficou decidido pelo Tribunal de origem, no tocante à índole abusiva da negativa injustificada de cobertura pela operadora do plano de saúde, esbarra no óbice da Súmula 7/STJ. 5. A incidência da Súmula 7 do STJ é óbice também para a análise do dissídio jurisprudencial, o que impede o conhecimento do recurso pela alínea c do permissivo constitucional. Precedentes. 6. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ; AgRg-AREsp 481.775- DF; Proc. 2014/0046490-0; Quarta Turma; Rel. Min. Raul Araújo; Julg. 06/08/2015; DJe 21/08/2015) (destaquei)

Quanto ao dano extrapatrimonial, a recusa na realização de procedimento de urgência causa grave abalo psicológico, porquanto causam dor e frustração ao segurado de plano de saúde, gerando evidente dano moral.

No que se refere ao quantum indenizatório, é pacífico na doutrina e na jurisprudência que deve ser fixado segundo parâmetros de proporcionalidade e razoabilidade.

Ponderando-se todas as questões acima discutidas, para compensar os prejuízos morais suportados, como também para servir de advertência à entidade demandada e, inclusive, dissuadir a prática de condutas similares, entendo que o valor arbitrado na instância de origem, qual seja, R\$ 6.000,00 (seis mil reais), deve ser mantido.

Hodiernamente, é assente a compreensão de que a

negativa de cobertura de procedimentos de saúde indicados por médico e atestados como essenciais e urgentes ao restabelecimento da saúde do paciente ensejam reparação moral, ainda que a cobertura não esteja expressamente pactuada. Vejamos o entendimento da Corte Superior de Justiça:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECOMENDAÇÃO MÉDICA DE TRATAMENTO. LIMITAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. VALOR RAZOÁVEL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. DECISÃO MANTIDA. 1. **A jurisprudência deste Tribunal Superior é uníssona no sentido de que é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde terapia ou tratamento mais apropriado para determinado tipo de patologia alcançada pelo contrato.** 2. Na esteira da jurisprudência consolidada por esta Corte, os valores fixados a título de danos morais só poderão ser revistos, em sede de especial, apenas em casos que o valor afronta os princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Não estando configurada uma dessas hipóteses, não é cabível rever o valor fixado a título de indenização por danos morais, uma vez que tal análise demanda incursão à seara fático-probatória dos autos, atraindo a incidência da Súmula 7/STJ. Precedentes. 3. A conclusão do Tribunal de Justiça Estadual - de que já houve a fixação de indenização no valor de R\$5.000,00, relativa aos danos morais sofridos pela negativa do tratamento solicitado - decorreu da análise dos elementos fático-probatórios dos autos. Entender de forma diversa implicaria na necessária incursão na seara fática para reexame de provas, conduta vedada em sede de recurso especial, ante o óbice da Súmula 7/STJ. 3. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ; AgRg-AREsp 729.519- PE; Proc. 2014/0144372-8; Quarta Turma; Rel. Min. Luís Felipe Salomão; Julg. 25/08/2015; **DJe 28/08/2015**) (destaquei)

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA. PROCEDIMENTO ESPECÍFICO INDICADO POR MÉDICO. RECUSA DE COBERTURA. ABUSO. DANO MORAL VERIFICADO. SÚMULA 83/STJ. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. AGRAVO NÃO PROVIDO. 1. Nos termos da jurisprudência consolidada neste Pretório, é passível de condenação por danos morais a operadora de planos de saúde que se recusa injustificadamente a efetuar a cobertura do tratamento do segurado. 2. **O eg. Tribunal a quo seguiu a jurisprudência desta Corte no sentido de considerar que "a exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato"** (REsp 183.719/SP, Relator o Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe de 13.10.2008). 3. Destarte, o Tribunal a quo decidiu conforme o entendimento desta Corte Superior de que, **havendo expressa indicação médica para realização do tratamento, mostra-se desarrazoada sua negativa de cobertura, devendo ser considerada abusiva a cláusula de sua exclusão.** 4. Ademais, a revisão do que ficou decidido pelo Tribunal de origem, no tocante à índole abusiva da negativa injustificada de cobertura pela operadora do plano de saúde, esbarra no óbice da Súmula 7/STJ. 5. A incidência da Súmula 7 do STJ é óbice também para a análise do dissídio jurisprudencial, o que impede o conhecimento do recurso pela alínea c do permissivo constitucional. Precedentes. 6. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ; AgRg-AREsp 481.775- DF; Proc. 2014/0046490-0; Quarta Turma; Rel. Min. Raul Araújo; Julg. 06/08/2015; DJe 21/08/2015) (destaquei)

CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. **CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL**

RECONHECIDA NA ORIGEM. CONFIGURADO O DANO MORAL. REVISÃO DO VALOR DA CONDENAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. QUANTUM RAZOÁVEL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. 1. As instâncias ordinárias, cotejando o acervo probatório, concluíram que houve recusa injustificada de cobertura de seguro para o custeio de assistência médica domiciliar (*home care*). 2. **Entende-se por abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura.** 3. **Mostra-se razoável a fixação em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para reparação do dano moral pelo ato ilícito reconhecido, consideradas as circunstâncias do caso e as condições econômicas das partes.** 4. Este Sodalício Superior altera o valor indenizatório por dano moral apenas nos casos em que a quantia arbitrada pelo acórdão recorrido se mostrar irrisório ou exorbitante, situação que não se faz presente no caso em tela. 5. A prestadora de serviço não apresentou argumento novo capaz de modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado. Incidência da Súmula nº 83 do STJ. 6. Agravo regimental não provido. (STJ; AgRg-AREsp 634.543- RJ; Proc. 2014/0322204-7; Terceira Turma; Rel. Min. Moura Ribeiro; Julg. 05/03/2015; DJe 16/03/2015) (destaquei)

Sem destoar, é firme o posicionamento deste Tribunal. Observe-se o entendimento das Egrégias Câmaras Cíveis do TJPB, respectivamente:

APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÉRNIA DE DISCO LOMBAR. TÉCNICA DE ESTABILIZAÇÃO DINÂMICA DA COLUNA. AUTORIZAÇÃO NEGADA. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE COBERTURA. VEDAÇÃO CONTRATUAL.

PRETENSÃO INFUNDADA. RECUSA ILEGAL E ABUSIVA. NECESSIDADE DE INTERPRETAÇÃO CONTRATUAL À LUZ DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DANOS MORAIS EVIDENCIADOS. DEVER DE INDENIZAR DEVIDAMENTE DEMONSTRADO. MANUTENÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. POSSIBILIDADE. PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE. OBSERVÂNCIA. LIMITAÇÃO DE HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS. JUSTIÇA GRATUITA. IMPOSSIBILIDADE. NORMA DERROGADA. DESPROVIMENTO DOS APELOS.

-Embora seja nova a técnica de cirurgia postulada, entendo que deva ser coberta pelo plano de saúde contratado, uma vez que não pode a cláusula contratual ser interpretada de forma restritiva, impedindo o paciente de usufruir de tratamentos modernos disponíveis à época do surgimento, instalação e evolução da moléstia. **-É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico, mesmo quando escritas em termos claros, com caracteres ostensivos e legíveis e em destaque.** - O valor a que fora condenada a Apelante deve ser mantido, tendo em vista ser suficiente para compensar os danos sofridos pelo Autor, desestimular a empresa ré a, no futuro, praticar atos semelhantes e, por fim, não gerar enriquecimento ilícito do ofendido. (TJPB – Acórdão da Apelação nº 0016467-91.2011.815.2001 – **Primeira** Câmara Cível; Relator: Des. Leandro dos Santos; julgado em **24/03/2015**) (destaquei)

APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. **PACIENTE COM TROMBOSE VENOSA PROFUNDA. NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE EM CUSTEAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM O IMPLANTE DO MATERIAL INDICADO PELO MÉDICO COMPETENTE.** ALEGAÇÃO DE EXCLUSÃO

CONTRATUAL DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. NULIDADE. FORÇA COGENTE DAS NORMAS CONSUMERISTAS. AMEAÇA AO OBJETO CONTRATUAL. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DANO MORAL CARACTERIZADO. QUANTUM FIXADO COM RAZOABILIDADE. DANO MATERIAL A SER RESSARCIDO. FIXAÇÃO DE VALOR SUPERIOR AO DOS RECIBOS DAS DESPESAS. NECESSIDADE DE MINORAÇÃO. PROVIMENTO PARCIAL DA APELAÇÃO CÍVEL. DESPROVIMENTO DO RECURSO ADESIVO. 1 - 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. – **Notório resta que a negativa do fornecimento e implantação, mediante procedimento cirúrgico, de filtro de veia cava, necessários à sobrevivência da paciente, restringe direito fundamental inerente à própria natureza do contrato. É, pois, sob esse fundamento, que os tribunais pátrios vêm declarando a abusividade de cláusulas contratuais que limitem coberturas ou estabeleçam exclusões atentatórias à legítima expectativa do consumidor de receber integral assistência do plano de saúde.** – A liberdade de contratar não é absoluta, esbarrando em zonas fronteiriças de bens supremos e, por isso, indisponíveis. – As operadoras de plano de saúde, imersas num ramo de atividade classificada como serviço público de natureza essencial, devem ter como bússola norteadora de suas ações a promoção da dignidade da pessoa humana. – **A recusa indevida e abusiva de cobertura de procedimento cirúrgico por parte da operadora de plano de saúde é causa a justificar a reparação por dano moral, extrapolando a esfera do mero aborrecimento ou do dissabor cotidiano.** – Como é cediço, o valor da indenização por danos morais deve observar o caráter pedagógico da medida, de modo a desestimular novas condutas abusivas por parte da seguradora de saúde, bem como o caráter de reparação da dor moral sofrida sem, contudo, ensejar

enriquecimento sem causa. Desta forma, verifica-se que o valor fixado em primeiro grau no montante de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) contempla os dois critérios anteriormente citados, não merecendo, portanto, minoração ou majoração. – Quanto aos danos materiais, assiste razão ao recorrente que observou que o valor fixado pelo magistrado de base é superior aos dos recibos anexados aos autos, merecendo, portanto, minoração. (TJPB – Acórdão da Apelação nº 0025070-75.2012.815.0011 – **Segunda** Câmara Cível; Relator: Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho; julgado em **07/04/2015**) (destaquei)

APELAÇÕES CÍVEIS – AÇÃO DE REPETIÇÃO DE INDÉBITO C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – TRATAMENTO DE PATOLOGIA – NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE – PRIMEIRO APELO – REQUERIDO O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO E DEVOLUÇÃO EM DOBRO DO VALOR DESEMBOLSADO – DANO MORAL CONFIGURADO – AUSÊNCIA DE MÁ-FÉ – DEVOLUÇÃO NA FORMA SIMPLES – SEGUNDO APELO – ALEGADA A AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL DE COBERTURA DO TRATAMENTO SOLICITADO – ABUSIVIDADE – PROVIMENTO PARCIAL DO PRIMEIRO APELO E DESPROVIMENTO DO SEGUNDO RECURSO APELATÓRIO. – **“...mostra-se abusiva a negativa de cobertura para a realização dos exames requisitados, pois, os planos de saúde podem estabelecer para quais moléstias oferecerão cobertura, mas não podem limitar o tipo de tratamento que será prescrito, o que incumbe ao médico que assiste o paciente.** 3. Logo, é devida a cobertura dos exames postulados. Porém, configurando-se erro escusável que autoriza a devolução simples do valor cobrado indevidamente.” (TJRS; RecCv 0055086-38.2015.8.21.9000; Porto Alegre; Quarta Turma Recursal Cível; Rel^a Des^a Glaucia Dipp Dreher; Julg. 26/02/2016; DJERS 04/03/2016) – A jurisprudência do STJ entende que “a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura

financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Caracterização de dano moral in re ipsa". (STJ - AgRg no AREsp: 192612 RS 2012/0128066-5, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 20/03/2014, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 31/03/2014). (TJPB – Acórdão da Apelação Cível nº 0021587-47.2013.815.2001 – Terceira Câmara Cível – unânime; Relator: Dr. Marcos William de Oliveira (Juiz Convocado para substituir o Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides). Julgado em **19/07/2016**) (destaquei)

APELAÇÃO. AÇÃO COMINATÓRIA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS COM PEDIDO DE MEDIDA LIMINAR INITIO LITIS ET INAUDITA ALTERA PARS. PLANO DE SAÚDE. PORTADOR DE CÂNCER DE PRÓSTATA. **NECESSIDADE DE TRATAMENTO COM RADIOTERAPIA. NÃO AUTORIZAÇÃO.** PACIENTE COM IDADE AVANÇADA. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. POSSIBILIDADE. SÚMULA Nº 469, DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AMEAÇA AO OBJETO CONTRATUAL. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. **DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO.** PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. REDUÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. 1 OBSERVÂNCIA. MANUTENÇÃO DO DECISUM. DESPROVIMENTO DO APELO. - Os planos de saúde sujeitam-se à incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, tendo, inclusive, o Superior Tribunal de Justiça sumulado este entendimento, através da Súmula 469. - **A operadora do plano de saúde deve ser civilmente responsabilizada, quando não atender ao procedimento solicitado pelo profissional de saúde necessário ao tratamento da patologia do autor, ainda mais quando a situação requer atenção imediata, decorrente das circunstâncias emergenciais, com relação à saúde do paciente. - A conduta**

consistente na recusa de autorização necessária ao promovente enseja o dever de indenizar por danos morais, 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. - Diante da observância dos critérios da razoabilidade e proporcionalidade, deve ser mantido o valor fixado na instância de origem referente aos danos morais. (TJPB – Acórdão da Apelação Cível nº 0034883-39.2013.815.2001 – **Quarta** Câmara Cível, Relator: Desembargador Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho. Julgado em **18/08/2015**) (destaquei)

Face ao exposto, **REJEITADA A PRELIMINAR, NEGOU PROVIMENTO À APELAÇÃO CÍVEL.**

É como voto.

Presidiu a sessão o Exmo. Sr. Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides. Participaram do julgamento, a Exma. Desa. Maria das Graças Morais Guedes (relatora), o Exmo Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides, o Exmo. Dr. Ricardo Vital de Almeida, Juiz convocado em substituição ao Exmo. Des. José Aurélio da Cruz. Presente ao julgamento a Exma. Dra. Ana Cândida Campelo, Promotora de Justiça convocada. Sala de Sessões da Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa, 13 de dezembro de 2016.

Gabinete no TJ/PB, em 14 de dezembro de 2016.

Desa. Maria das Graças Morais Guedes
RELATORA