



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

ACÓRDÃO

Apelação Cível nº 0020251-08.2013.815.2001

Origem : 9ª Vara Cível da Comarca da Capital

Relator : Juiz de Direito Convocado Gustavo Leite Urquiza

Apelante : UNIMED João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médico

Advogados : Hermano Gadelha de Sá - OAB nº 8463, Leidson Flamarion Torres
Matos - OAB nº 13.040 e Marcelo Weick Pogliese – OAB/PB nº 11.158

Apelada : Ana Beatriz da Silva Lima, representada por seu genitor, Fernando
Carlos da Silva Lima

Advogado : Túlio José de Carvalho Carneiro - OAB nº 11.312

APELAÇÃO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS C/C REPETIÇÃO DO INDÉBITO. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. NEGATIVA DE COBERTURA. INCONFORMISMO DA EMPRESA PROMOVIDA. ALEGAÇÃO DE NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO CARENICIAL. QUADRO CLÍNICO. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. RELAÇÃO CONSUMERISTA. INTERPRETAÇÃO À LUZ DO ART. 51, IV, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DESCABIMENTO DA PRETENSÃO DE ALTERAÇÃO DESSE ASPECTO DO ÉDITO JUDICIAL. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. GARANTIA CONSTITUCIONAL. APLICAÇÃO DA

LEI Nº 9.656/98. POSSIBILIDADE. ILICITUDE DO ATO COMPROVADA. RESTITUIÇÃO EM DOBRO DO VALOR PAGO INDEVIDAMENTE. DANO MORAL CARATERIZADO. DEVER DE INDENIZAR. *QUANTUM* ARBITRADO EM PRIMEIRO GRAU. PROPORCIONALIDADE OBSERVADA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO.

- 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 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 cláusula de carência do contrato de plano de saúde deve ser mitigada diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado”. (STJ, 4.ª Turma, AgInt no AREsp 892.340/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 09/08/2016, DJ 16/08/2016).

- Não se mostra razoável a negativa de internação hospitalar para uma criança que se encontra em situação de urgência de atendimento médico, sob o argumento de não ter sido cumprido o prazo de carência estabelecido no termo contratual.

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos.

ACORDA a Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, desprover o apelo.

Trata-se de **APELAÇÃO**, fls. 101/114, interposta pela **UNIMED João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médico** em face de sentença proferida pelo Juiz de Direito da 9ª Vara Cível da Comarca que, nos autos da **Ação de Indenização por Danos Morais e Materiais c/c Repetição de Indébito** ajuizada por **Ana Beatriz da Silva Lima**, representada por seu genitor, Fernando Carlos da Silva Lima, acolheu a pretensão disposta na exordial, consignando seguintes termos:

Diante do exposto, JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS, nos termos do art. 487, I, do CPC, sentido de condenar a parte promovida ao pagamento, em dobro, a quantia indicada à fl. 34, com atualização monetária a contar da data do pagamento (dia 16.04.2013) e juros, a partir da citação, bem como na indenização pro danos morais, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), com incidência de atualização monetária e juros, a contar desta data.

Condeno ainda a parte promovida ao pagamento das custas e honorários advocatícios, os quais fixo em 15% (quinze por cento) sobre o valor corrigido da condenação.

Em suas razões, a **UNIMED João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médico** postula a reforma da sentença, aduzindo, em síntese, que a negativa na oferta do tratamento hospitalar indicado deu-se pela carência de 180 (cento e oitenta) dias não ter sido cumprida, de modo que inexistiria ato ilícito praticado e nem o dever de indenizar, haja vista a paciente ter recebido “todos os cuidados de urgência, nas primeiras 12 horas de atendimento, sem nenhuma cobrança por parte do plano de saúde”, fl. 104, e “a paciente não estava em quadro convulsivo ou com febre alta e sem medicação, quando foi comunicado a parte autora que iria ser cobrado os custos da internação”, fl. 105. Verbera, por fim, acerca

da inexistência de devolução em dobro dos custos do serviço de internação, bem como dos danos morais que a promovente alega ter sofrido, devendo estes serem excluídos ou, ao menos, minorados.

Contrarrazões ofertadas pela promovente, fls. 119/124, refutando os argumentos tangidos no recurso voluntário, para se manter a decisão vergastada em todos os seus termos.

A **Procuradoria de Justiça**, em parecer do **Dr. José Raimundo de Lima**, fls. 131/136, opinou pelo desprovimento do apelo para manter a sentença *a quo* em todos os seus termos.

É o RELATÓRIO.

VOTO

De logo, convém esclarecer que é indubitável a incidência do Código de Defesa do Consumidor nos contratos firmados com os planos de saúde, por tratar-se de típico contrato de adesão, sendo manifesta a fragilização do *pacta sunt servanda*, uma vez que o contrato, embora bilateral, resulta em margem mínima de discutibilidade por parte do aderente, e, nessa condição, inferiorizado contratualmente.

Dessa forma, nos termos do art. 6º, V c/c o art. 51, IV, ambos do Código de Defesa do Consumidor, é possível a adequação dos contratos de seguro aos ditames legais, tendo em vista a sua aleatoriedade, quando uma só das partes limita o risco, o qual é assumido integralmente pela outra, e, se for o caso, a decretação da nulidade das cláusulas existentes nesse gênero. Eis os preceptivos legais:

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

(...)

V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua

revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;

E,

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. - negritei.

Além do princípio da boa-fé entre as partes, o plano ou seguro de saúde não pode, segundo o previsto no art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor, impor obrigações abusivas que coloquem o consumidor em manifesta desvantagem.

Acrescente-se, ainda, ser um direito básico do consumidor a informação clara e adequada sobre os produtos e serviços disponibilizados no mercado pelos fornecedores. Nesse sentido, preceitua também o precitado art. 6º, III, do Estatuto Consumerista, no sentido de que a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.

Nesse norte, impende destacar, caso haja restrições de direito, estas devem expressas, legíveis, claras, sem margem para dúvidas, não podendo ser interpretadas extensivamente em prejuízo do consumidor, mormente em se tratando do contrato que objetiva a prestação de serviços ligado a saúde das pessoas.

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

PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA.
DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL NÃO
CONFIGURADA. PLANO DE SAÚDE.
COBERTURA. LIMITAÇÃO. POSSIBILIDADE.

- Falta prequestionamento quando o dispositivo legal supostamente violado não foi discutido na formação do acórdão recorrido.

- Para demonstrar divergência jurisprudencial é necessário confronto analítico e semelhança entre os casos. Não bastam simples transcrições de ementas e trechos.

- **A limitação de cobertura do plano de saúde é possível desde que atendidos os pressupostos legais e haja previsão clara, precisa e destacada no contrato.**

(AgRg nos EDcl no Ag 784.310/RS, Rel. Ministro HUMBERTO GOMES DE BARROS, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/08/2007, DJ 27/08/2007, p. 225)

- negritei.

Ademais, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, conforme preconiza o art. 47, do Código de Defesa do Consumidor.

Na hipótese, em apreço, a menor, **Ana Beatriz da Silva Lima**, foi acometida por um quadro convulsivo, tendo sido conduzida pelo seu genitor ao Hospital da Unimed, onde, ao ser analisada pelo médico plantonista que determinou sua internação, fls. 13/14, com indicação de quadro de urgência/emergência para acompanhamento do seu quadro clínico, entretanto, teve seu pedido de internação negado pela empresa promovida, sob a alegação de que o plano ainda estava em período de carência. Desesperado com o quadro clínico da criança e com a negativa do pleito, o pai da criança efetuou o pagamento da quantia

de R\$ 664,39 (seiscentos e sessenta e quatro reais e trinta e nove centavos) para que o serviço fosse prestado de forma particular.

A **UNIMED João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médica**, por sua vez, assevera que a internação foi negada em razão de inexistir cobertura contratual para tal procedimento, em razão da carência do plano, e por não ser comprovada a urgência e emergência do procedimento, pautando sua negativa no art. 12, V, “c”, da Lei nº 9.656/98, exigindo um prazo de 180 (cento e oitenta) dias para internação hospitalar.

Nesse norte, em que pese a alegação da apelante de que houve negativa de internação em razão da carência do plano de saúde, tal fato não afasta a obrigação de custeio da mesma, pois, como cediço, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que a cláusula de carência do contrato de plano de saúde deve ser mitigada diante de situações urgentes e graves, nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado, principalmente no caso de criança em que os efeitos de uma convulsão e de febre alta podem ocasionar sérias complicações, devido à fragilidade da paciente.

Nesse sentido, calha transcrever os seguintes escólios:

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO E TRATAMENTO EMERGENCIAL. UTI. INSUFICIÊNCIA REAL AGUDA. CARÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA INJUSTIFICADA.

1. A cláusula de carência do contrato de plano de saúde deve ser mitigada diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado.

2. A recusa indevida de tratamento médico – nos casos de urgência – agrava a situação psicológica e

gera aflição, que ultrapassam os meros dissabores, caracterizando o dano moral indenizável.

Precedentes.

3. Agravo interno não provido (STJ, 4.^a Turma, AgInt no AREsp 892.340/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 09/08/2016, DJ 16/08/2016) – negritei.

E,

CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. CONFIGURADO O DANO MORAL. REVISÃO DO VALOR DA CONDENAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. QUANTUM RAZOÁVEL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 83 DO STJ. PRECEDENTES.

1. As instâncias ordinárias reconheceram que houve recusa injustificada de cobertura de seguro para o atendimento médico de emergência e internação em unidade de tratamento intensiva (contenção de aneurisma cerebral).

2. O Superior Tribunal de Justiça orienta que é abusiva a cláusula contratual que estabelece o prazo de carência para situações de emergência, em que a vida do segurado encontra-se em risco, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse.

3. Mostra-se razoável a fixação em R\$ 20.000,00 (vinte 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 o valor

arbitrado 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, 3.^a Turma, AgRg no AREsp 595.365/SP, Rel. Min. Moura Ribeiro, julgado em 04/12/2014, DJ 16/12/2014) – negritei.

Ademais, do contrato celebrado entre as partes, mais precisamente da cláusula 6^a, que trata dos períodos de carência, fl. 44, extrai-se que a segurada estaria acobertada pelo período de carência fixado no termo contratual para **urgências**, qual seja **24 (vinte e quatro) horas**, bem como a Lei nº 9.656/98, cuja transcrição não se dispensa:

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:

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

(...)

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

Assim, em se tratando de procedimento dessa natureza, a carência a ser cumprida, nos termos do art. 12, V, “c”, da Lei nº 9.656/98, é de apenas 24 (vinte e quatro) horas. E, como tal prazo já havia sido cumprido pelo beneficiário, tendo em vista que a inclusão no plano de saúde ocorreu em 08/02/2013,

fl. 55, e o atendimento deu-se em 10/04/2013, não havendo razão, portanto, para tal negativa.

Dessa forma, como já frisado alhures, 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.

Estão prolíficas de boa-fé as formas de tratamentos escolhidas pelo médico, mormente em se tratando, *in casu*, de criança com febre alta e convulsionando, que chegou ao hospital em situação de urgência, situação devidamente demonstrada na documentação encartada aos autos, fls. 13/36.

Nessa ordem de ideias, restando caracterizado a necessidade do tratamento imediato, revela-se, pois, sob esse viés, abusiva a recusa da internação da paciente, indispensável à saúde da segurada, pelo que **descabe qualquer reparo na sentença.**

Assim, entendo por manter a decisão também no que pertine à restituição em dobro do valor pago de forma indevida pela internação da autora, nos termos do art. 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor.

Ademais, diante do panorama apresentado, dúvidas não há que recusa indevida à cobertura de tratamento de saúde pleiteada pela usuária do plano configura ato ilícito passível de indenização, tendo em vista ter repercutido profundamente no estado psicológico, causando-lhe insegurança, aflição e sofrimento.

Sobre o tema:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA INJUSTIFICADA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. DANOS MORAIS

CARACTERIZADOS. VALOR INDENIZATÓRIO. FIXAÇÃO COM RAZOABILIDADE. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Conforme entendimento adotado pela jurisprudência deste Tribunal Superior, **a recusa injustificada de autorização para realização de cirurgia de urgência em período de carência ou feita por médico ou hospital não credenciados constitui falha na prestação do serviço, caracterizando o dano moral, não havendo que se falar em mero aborrecimento por inadimplemento contratual.**

2. A jurisprudência do STJ é pacífica no sentido de que a redução do valor da indenização por danos morais somente é permitida quando a quantia estipulada for exorbitante, o que não se configura na presente hipótese.

3. Agravo interno a que se nega provimento (STJ, 3.^a Turma, AgInt no AREsp 891.445/RJ, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, julgado em 15/09/2016, DJ 22/09/2016) – negritei.

Nesse norte, no tocante à fixação da verba indenizatória moral, convém esclarecer que os critérios utilizados para o seu arbitramento devem estar de acordo com a melhor orientação doutrinária e jurisprudencial versadas sobre a matéria *sub examine*. Ou seja, atentando-se ao critério da razoabilidade, incumbe ao Magistrado, observando as especificidades do caso concreto e, ainda, considerando as condições financeiras do agente e a situação da vítima, arbitrar valor de forma que não se torne fonte de enriquecimento, tampouco seja inexpressivo a ponto de não atender aos fins ao qual se propõe. Significa dizer, **“A indenização por dano moral deve proporcionar ao lesado satisfação em justa medida, de modo que produza impacto ao causador do mal capaz de dissuadi-lo de igual e novo atentado, sem significar um enriquecimento sem causa da vítima.”** (TJPB; AC 0002866-37.2012.815.0981; Terceira Câmara Especializada Cível; Rel^a Des^a Maria das Graças Morais Guedes; DJPB 30/07/2014; Pág. 12) - destaquei.

Com base nessas considerações, entendo por manter o valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) reais, arbitrado em primeiro grau, a título de danos morais, pois, além de se encontrar em sintonia com o critério da razoabilidade e com as condições financeiras dos agentes e da vítima, também será suficiente para compensar o inconveniente sofrido, funcionando, ainda, como um fator de desestímulo à reiteração da conduta ora analisada. O valor ora estipulado é, ao meu sentir, suficiente para atender ao caráter punitivo e pedagógico inerente a esse tipo de reparação.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO À APELAÇÃO** para manter a decisão de primeiro grau em todos os seus termos.

É o **VOTO**.

Presidiu o julgamento, o Desembargador Romero Marcelo da Fonseca Oliveira. Participaram, ainda, os Desembargadores Gustavo Leite Urquiza (Juiz de Direito convocado para substituir o Desembargador Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho) (Relator) e João Alves da Silva.

Presente a Dra. Jacilene Nicolau Faustino Gomes, Procuradora de Justiça, representando o Ministério Público.

Sala das Sessões da Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, em 10 de julho de 2018 - data do julgamento.

Gustavo Leite Urquiza

Juiz de Direito Convocado

Relator

