



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

ACÓRDÃO

Apelação Cível nº 0000341-08.2018.815.0000

Origem : 2ª Vara Cível da Comarca da Capital

Relator : Juiz de Direito Convocado Gustavo Leite Urquiza

Apelante : CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S/A

Advogado: Nildeval Chianca Rodrigues Júnior – OAB/PB nº 12.765

Apelantes : Leônidas Lima Bezerra e Elizabeth Machado da Cunha Bezerra

Advogado: Leônidas Lima Bezerra – OAB/PB nº 5.309

Apelados : os mesmos

APELAÇÃO. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. DUPLO INCONFORMISMO. EXAME CONJUNTO. DOCUMENTO ANEXADO EM SEDE RECURSAL. MATÉRIA LEVANTADA COMO PRELIMINAR SEM ESSÊNCIA CORRESPONDENTE. DESENTRANHAMENTO. DESNECESSIDADE. MÉRITO. PLANO DE SAÚDE. REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA. LENTE INTRA-OCULAR. NECESSIDADE DE SUA UTILIZAÇÃO. MATERIAL IMPORTADO. PRECEDENTES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. RECUSA INDEVIDA DA PROMOVIDA. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL. RELAÇÃO CONSUMERISTA.

INTERPRETAÇÃO À LUZ DO ART. 51, IV, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INEXISTÊNCIA DE PROVAS DEMONSTRANDO O FORNECIMENTO DE PRODUTO SIMILAR. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. GARANTIA CONSTITUCIONAL. APLICAÇÃO DA LEI Nº 9.656/98. POSSIBILIDADE. DANOS MATERIAIS. REALIZAÇÃO DE DESPESAS. REEMBOLSO. PERTINÊNCIA. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. DEVER DE INDENIZAR. CORREÇÃO MONETÁRIA INCIDENTE EM DANOS MATERIAIS. SÚMULA 43 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. ADOÇÃO. DESPROVIMENTO DO RECURSO DO PROMOVIDO E PROVIMENTO DO RECURSOS DOS PROMOVENTES.

- A mera indicação de questão como preliminar sem natureza correspondente posterga o exame da matéria para o enfrentamento do mérito.

- Mostra-se desnecessário o desentranhamento de documento juntado na instância revisora quando não houve má-fé da apelante, observando-se ainda o princípio do contraditório.

- De acordo com a Súmula nº 469, do Superior Tribunal de Justiça, “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.

- 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 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.

- É pacífico o entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de ser "abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde o custeio de prótese em procedimento cirúrgico coberto pelo plano e necessária ao pleno restabelecimento da saúde do segurado, sendo indiferente, para tanto, se referido material é ou não importado" (Recurso Especial n. 1.046.355/RJ, Relator o Ministro Massami Uyeda, DJe de 5/8/2008). Incidência da Súmula 83/STJ.

- Nas premissas da Súmula nº 43, do Superior Tribunal de Justiça, "Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo".

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos.

ACORDA a Quarta Câmara Cível do Tribunal

de Justiça da Paraíba, por unanimidade, desprover o apelação da promovida e prover o apelo dos promoventes.

CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S/A, Leônidas Lima Bezerra e Elizabeth Machado da Cunha Bezerra interpuseram **APELAÇÕES**, contra a sentença de fls. 195/198, prolatada pelo Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca da Capital, que, nos autos da **Ação de Indenização por Danos Materiais e Morais**, acolheu a pretensão exordial, nestes termos:

Isto posto e atendendo o mais que dos autos consta e princípios de direitos atinentes à espécie, **ACOLHO** o pedido inicial, na forma do art. 269, I do CPC c/c art. 5º, X da CF e jurisprudência pátria, para **CONDENAR** a ré, **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL – CASSI**, a pagar, *a cada um dos promoventes*, uma indenização a título de danos morais, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), corrigido monetariamente pelo INPC a partir desta data e acrescidos de juros de mora de 1% ao mês, a contar da citação. Bem assim, **CONDENAR** a promovida ao pagamento de uma indenização, a título de danos materiais, no valor de R\$ 7.485,00, referente ao custeio dos exames e lentes intraocular (fls. 28, 31, 37 e 38), também corrigido monetariamente pelo INPC a partir desta data e acrescidos de juros de mora de 1% ao mês, a contar da citação. **CONDENO**, ao final, a demandada ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados à base de 20% sobre o valor da condenação.

Em suas razões, fls. 241/267, a **CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S/A** postula a reforma da

sentença, alegando impossibilidade de ressarcimento de despesas fora da rede credenciada, com ausência de prova de tentativa de atendimento nos profissionais vinculados à apelante, bem como, na situação de reembolso, sejam observados a Lei nº 9.656/1998 e Regulamento do plano de saúde, em raciocínio seguido em precedentes desta Corte de Justiça. Assevera, outrossim, a necessidade de indicação de, no mínimo, três marcas para realização do procedimento prescrito, mostrando-se ilegal a vinculação à marca específica em detrimento da coberta pelo plano de saúde. Aduz, ainda, a falta de cobertura contratual para o exame denominado tomografia de coerência óptica, refutando a legação de danos morais passíveis de indenização. Discorre acerca da inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao caso, tendo em vista se tratar de operadora de plano de saúde fechado e sem fins lucrativos, na modalidade de autogestão, aplicando-se, por analogia, a Súmula nº 563 do Superior Tribunal de Justiça. Por fim, assevera que a valorização da vontade de um associado imputará ônus a todos os demais, com afronta ao princípio de autonomia de vontade e da livre associação, conforme art. 5º, XVII, da Constituição Federal.

Contrarrazões, fls. 273/279, suscitando, preliminarmente, a inviabilidade de juntada de documento em fase recursal, em afronta ao disposto nos arts. 336 e 342, do Código de Processo Civil, devendo ser desentranhado dos autos. No mérito, ao tempo que argumentam a respeito da boa-fé nas relações de consumo, sustentado a adoção do Código de Defesa do Consumidor à espécie, rebatem a assertiva alusiva à falta de atendimento na rede credenciada, declinando que só desembolsaram a quantia para realização do exame porque não encontram, naquela esfera, profissional apto a realização do procedimento almejado.

Razões recursais apresentadas por **Leônidas Lima Bezerra e Elizabeth Machado da Cunha Bezerra**, fls. 280/283, postulando a reforma da sentença apenas na correção monetária incidente nos danos materiais, que, na ótica dos insurgentes, seria “a partir da data de cada evento danoso ou dos respectivos desembolsos pelos recorrentes”.

Sem contrarrazões, de acordo com a certidão de fl. 285/V.

Instada a se manifestar a despeito da preliminar suscitada em contrarrazões, fls. 292, a CASSI defende a manutenção do documento de fl. 268 nos autos, sustentando a inviabilidade de solicitação de marca exclusiva pelo profissional médico, fls. 294/297.

Feito não remetido ao **Ministério Público**, tendo-se em vista a não subsunção do caso em quaisquer das hipóteses, nas quais esse Órgão, por seus representantes, deva intervir como fiscal da ordem jurídica; consubstanciado, ainda, no art. 169, §1º, do Regimento Interno do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba.

É o RELATÓRIO.

VOTO

O entrelaçamento de matérias induz no exame conjunto das apelações forcejadas pelos litigantes.

De início, cumpre enfrentar a questão concernente ao documento acostado à fl. 268, que, apesar de ser abordado como preliminar, não tem natureza correlata, tratando-se mérito.

Prosseguindo, é cediço que a juntada de documento posterior a petição inicial e a contestação deve, em princípio, seguir a disposição prevista no art. 435, do Código de Processo Civil, cuja transcrição não se dispensa:

Art. 435. É lícito às partes, em qualquer tempo, juntar aos autos documentos novos, quando destinados a fazer prova de fatos ocorridos depois dos articulados ou para contrapô-los aos que foram produzidos nos autos.

Parágrafo único. Admite-se também a juntada posterior de documentos formados após a petição

inicial ou a contestação, bem como dos que se tornaram conhecidos, acessíveis ou disponíveis após esses atos, cabendo à parte que os produzir comprovar o motivo que a impediu de juntá-los anteriormente e incumbindo ao juiz, em qualquer caso, avaliar a conduta da parte de acordo com o [art. 5º](#).

Ponderando o teor deste dispositivo legal, com o do aludido art. 5º, do Código de Processo Civil, tenho que o documento de fl. 268 não precisa ser desentranhado dos autos, haja vista que a sua juntada não decorreu de má-fé pela CASSI, mas de intenção de ratificar sua tese recursal, sem olvidar que, após ser acostado, os promoventes tomaram ciência de seu conteúdo, não havendo ofensa ao princípio do contraditório, constitucionalmente tutelado.

No **mérito** propriamente dito, o cerne da questão cinge-se em aferir se agiu acertadamente o magistrado que julgou procedente os pedidos formulados por **Leônidas Lima Bezerra e Elizabeth Machado da Cunha Bezerra** nos a **Ação de Indenização por Danos Materiais e Morais** ajuizada contra a **CASSI - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S/A**, ordenando o reembolso de despesas referentes aos exames e procedimentos de saúde a que se submeteram, no total de R\$ 7.485,00 (sete mil quatrocentos e oitenta e cinco reais), bem como danos morais, na importância de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), para cada autor, diante da negativa da seguradora. E, se, no tocante a restituição, a incidência da correção monetária foi aplicada adequadamente.

Adiante, sem mais tardança, a possibilidade de incidência, na hipótese vertente, das disposições do Código de Defesa do Consumidor, afastando-se interpretação analógica.

Destarte, transcrevo enunciado da Súmula nº 469, do Superior Tribunal de Justiça, senão vejamos:

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos

contratos de plano de saúde.

É que o fato de o contrato de plano de saúde ser administrado por entidade de autogestão sem fins lucrativos não afasta a incidência na norma protetiva em referência, pois, consoante o entendimento predominante no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, o que importa, para fins de caracterização da relação de consumo, não é a natureza jurídica da entidade que presta os serviços, mas, sim, o objeto contratado, no caso, prestação de serviço médico-hospitalar.

Nesse sentido, os seguintes julgados do Superior Tribunal de Justiça:

RECURSO ESPECIAL INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DO CPC/73. PLANO DE SAÚDE. LEI N. 9.656/98. RESTITUIÇÃO EM DOBRO COM BASE NO CDC. HOSPITAL E MÉDICOS NÃO CREDENCIADOS. CIRURGIA BARIÁTRICA. COMPLICAÇÕES. TRATAMENTO DE URGÊNCIA. TRATAMENTO PARTICULAR. SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. 1. Não configura violação do art. 535 do CPC a decisão que examina, de forma fundamentada, as questões submetidas à apreciação judicial. 2. 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. 3. **Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, pois "a relação de consumo caracteriza-se pelo objeto contratado, no caso a cobertura médico-hospitalar, sendo desinfluyente a natureza jurídica da entidade que presta os serviços". (REsp n. 469.911/SP). (...). (REsp 1392560/PE, Rel. Ministro João Otávio de Noronha, Terceira Turma, julgado em 09/08/2016, DJe**

06/10/2016) - destaquei.

E,

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA LIMITATIVA. CARÁTER ABUSIVO. SÚMULA 302/STJ. AGRAVO IMPROVIDO. 1. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão. Incidência da Súmula 469/STJ. 2. "A relação de consumo caracteriza-se pelo objeto contratado, no caso a cobertura médico-hospitalar, sendo desinfluyente a natureza jurídica da entidade que presta os serviços, ainda que se diga sem caráter lucrativo, mas que mantém plano de saúde remunerado" (REsp 469.911/SP, Quarta Turma, Rel. Min. Aldir Passarinho Junior, DJe de 10/3/2008). 3. "É abusiva a cláusula do contrato de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado" (Súmula 302/STJ). 4. Agravo interno a que se nega provimento. (AgRg no REsp 1162420/SP, Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 17/11/2015, DJe 10/12/2015).

Nessa direção são inúmeros os precedentes da Corte Superior de Justiça, a exemplo dos seguintes: STJ; AgRg no AREsp 813.590/RJ, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 04/08/2016, DJe 15/08/2016; STJ; AgRg no AREsp 605.163/PB, Rel. Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 24/11/2015, DJe 30/11/2015.

Com relação à aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde administrados por entidades de autogestão, ainda que sem fins lucrativos, as razões de decidir dos precedentes

invocados, a saber, **a relação de consumo caracteriza-se pelo objeto do contrato, sendo irrelevante a natureza jurídica da entidade prestadora do serviço, se amoldam perfeitamente a conjuntura telada.**

Corte: Em igual sentido, os seguintes arestos desta Egrégia

APELAÇÃO CÍVEL. Ação de cobrança c/c indenização por danos morais. Plano de saúde. Autogestão. Aplicabilidade das normas consumeristas. Possibilidade. Descredenciamento de nosocômico sem prévio aviso da consumidora. Paciente portadora de câncer de mama em estágio avançado. Ciência do fato apenas no dia aprazado para a realização de quimioterapia. Má-prestação do serviço. Dever de custeio. Danos extrapatrimoniais configurados. Provimento do apelo da parte autora. Recurso da promovida prejudicado. (TJPB; APL 0030023-97.2010.815.2001; Segunda Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho; DJPB 21/10/2014; Pág. 19).

E,

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA. SUBSTITUIÇÃO DA VÁLVULA CARDÍACA. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE SEM FINS LUCRATIVOS E AUTOGESTÃO. IRRELEVÂNCIA. APLICAÇÃO DO CDC. NEGATIVA DE PAGAMENTO DE CUSTO COM MATERIAL, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS. IMPOSSIBILIDADE. CLÁUSULA CONTRATUAL

ABUSIVA. SENTENÇA MANTIDA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. “Aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão. É cediço nesta Corte que “a relação de consumo caracteriza-se pelo objeto contratado, no caso a cobertura médico-hospitalar, sendo desinfluyente a natureza jurídica da entidade que presta os serviços, ainda que se diga sem caráter lucrativo, mas que mantém plano de saúde remunerado” (REsp 469.911/SP, Rel. Ministro Aldir Passarinho Júnior, Quarta Turma, julgado em 12.02.2008, DJe 10.03.2008). 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. (TJPB; APL 0015913-64.2008.815.2001; Primeira Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Leandro dos Santos; DJPB 24/10/2016; Pág. 10).

Então, adoto o entendimento de que a apelante, mesmo sendo entidade de autogestão sem fins lucrativos, se sujeita às normas estabelecidas no Código de Defesa do Consumidor, pois caracterizada a relação de consumo decorrente da prestação dos serviços de saúde mediante a contraprestação do usuário do plano.

Nessa senda, no contrato de plano de saúde firmado entre as partes, as cláusulas que limitam cobertura, por deixar o consumidor em situação de desvantagem exagerada, já que restringem direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato de seguro-saúde, são abusivas e, por conseguinte, nulas de pleno direito, conforme estabelece o art. 51, IV c/c § 1º, II e III, 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.

Percebe-se, assim, que impor limites e/ou restrições a procedimentos prescritos pelos médicos, é abusiva e, portanto, nula de pleno direito, não podendo ser invocada para justificar a negativa de custeio do material solicitado pelo médico que acompanha o paciente.

E não poderia ser diferente, pois, ao contratar um plano privado de assistência médico-hospitalar, o consumidor tem a legítima expectativa de que, caso venha a ser acometido por alguma enfermidade, a operadora contratada arcará com todos os custos necessários e adequados ao restabelecimento de sua saúde.

Com relação ao fornecimento do equipamento de implante indicado pelo médico, entendo que o documento de fl. 40, oriundo da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S/A - CASSI, é hábil para

comprovar à negativa de cobertura pela promovida. Ou seja, não foi observada a prescrição médica, especificamente no que se refere à necessidade de utilização de lente “Rayner asferica dobrável”, para a cirurgia de catarata a que se submeteram os autores, Leônidas Lima Bezerra e Elizabeth Machado da Cunha Bezerra, bem como a tomografia computadorizada solicitada, a fim de constatar sinusopatia nos seios maxilares dos requerentes.

Com efeito, a apelante não comprovou a existência de material implantável de outras marcas que se adequariam ao caso dos pacientes, tampouco que o material por ela coberto traria benefícios semelhantes aos elencados pelo médico requisitante, sendo certo que o documento acostado à **fl. 268**, em razão de apenas citar nomes marcas de lentes, sem descrever seus benefícios ou finalidades específicas, não atende satisfatoriamente a tal encargo. Significa dizer, não foi demonstrado que a lente ocular coberta pelo plano de saúde seria tão eficaz quanto à requisitada pelo profissional de saúde, tampouco que seria apropriada para o tratamento das enfermidades que acometia os pacientes, no caso, catarata senil e alta miopia.

Ressalte-se, por outro lado, que a alegação de impossibilidade de indicação, pelo médico que acompanha os pacientes, de marca específica de material implantável, por vedação da Resolução nº 1.956/2010, do Conselho Federal de Medicina, não pode ser invocada para prejudicar o usuário do plano de saúde e negar o direito à cobertura pretendida, porquanto tal questão ser referente à relação existente entre o médico assistente e a operadora do plano de saúde.

Além disso, a assertiva de não indicação de 03 (três) opções de marcas do material requisitado para ser utilizado no procedimento cirúrgico não é suficiente para legitimar a negativa de cobertura do tipo de lente solicitado, tendo em vista não haver notícia de que a seguradora tenha requerido tais informações junto ao médico assistente, conforme previsão do art. 18, § 2º, II, da RN 211/2010, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Sendo assim, comprovado que os segurados se

submeteram a cirurgia de facectomia, com implante de lente esférica dobrável “Rayner”, procedimento indicado em virtude de ter sido diagnosticado com catarata senil e alta miopia, bem ainda que, para realização do procedimento em questão, foi necessário desembolsar a quantia de R\$ 7.485,00 (sete mil, quatrocentos e oitenta e cinco reais), tendo em vista a operadora do plano de saúde ter se recusado, de forma indevida, a custear o valor integral da lente indicada pelo médico, mantenho, na íntegra, a determinação para reembolso a título de danos materiais.

Acerca da responsabilidade civil, a doutrina é assente em conceituar o dano moral como a lesão aos sentimentos, que atinge a subjetividade das pessoas, causando-lhes inquietações espirituais, sofrimentos, vexames, dores, enfim, sensações negativas.

Dessa forma, para a caracterização do dano moral, basta a demonstração de uma situação que conduza à presunção da existência de uma lesão a causar repercussão no universo psíquico do ofendido.

No caso posto em apreciação, incontestemente se encontra o dano moral suportado pelos pacientes, isso porque a negativa de realização do tratamento requerido pelo médico causou-lhe insegurança, aflição e sofrimento.

A propósito, colaciono o escólio:

CÍVEL. Apelações e agravo retido. Inviabilidade de impugnação da decisão que concede tutela antecipada pela forma retida. Agravo retido não conhecido. Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde. Negativa de cobertura de tratamento com esquema folfirinox. Paciente portador de tumor de reto metastático para fígado. Recusa fundada em não previsão do tratamento no rol da ans e off label. Julgamento antecipado da lide. Cerceamento de defesa não caracterizado no caso concreto. Bulas dos medicamentos prescritos que prevêm indicação

para a moléstia do autor. Inviabilidade de limitar tratamento necessário ao combate da doença coberta. Princípio da boa-fé objetiva. Negativa de cobertura indevida. Obrigação de fazer confirmada. Dano moral. Configuração. Beneficiário acometido por doença grave (câncer colorretal com metástase para fígado). Quantum indenizatório arbitrado compatível com os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, tendo em vista as circunstâncias do caso concreto. Sentença confirmada. Recursos não providos. (TJPR; ApCiv 1418402-8; Londrina; Décima Câmara Cível; Rel^a Des^a Lilian Romero; Julg. 16/03/2016; DJPR 09/05/2016; Pág. 188)

Com as considerações, acima explanadas, entendo que a verba indenizatória moral fixada em primeiro grau, no importe de **R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)** merece ser mantida, por ter sido esta fixada de forma proporcional, a qual possui o intuito de amenizar o infortúnio suportado pela parte autora, bem como se tornar um fator de desestímulo, a fim de que a ofensora não torne a praticar novos atos de tal natureza.

Por fim, impõe avaliar a data de incidência de correção monetária nos danos materiais ordenados pelo sentenciante, pois, segundo os autores/apelantes, incorreu em equívoco ao considerar a data do arbitramento como termo *a quo*.

Assiste-lhes razão.

Sem maiores delongas, os danos materiais decorreram de contrato de plano de saúde, fazendo incidir correção monetária nos ditames da Súmula nº 43, do Superior Tribunal de Justiça, assim redigida: “Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo”.

Logo, a sentença deve ser reformada tão-somente

quanto a este tópico, mantendo-se indene nas demais questões.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO A APELAÇÃO DA PROMOVIDA E DOU PROVIMENTO AO APELO DOS PROMOVENTES**, para que a sentença combatida seja reformada apenas no tocante a incidência de correção dos danos materiais, a saber, a partir do efetivo prejuízo, nos moldes da Súmula nº 43 do Superior Tribunal de Justiça.

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. Marilene de Lima Campos de Carvalho, Procuradora de Justiça, representando o Ministério Público.

Sala das Sessões da Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, em 03 de julho de 2018 - data do julgamento.

Gustavo Leite Urquiza

Juiz de Direito Convocado

Relator

