



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

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº. 0036481-28.2013.815.2001

Relator : Des. José Ricardo Porto
Apelante : Golden Cross Assistência Internacional de Saúde Ltda
Advogados : Carlos Fernando Siqueira Castro, OAB/PB Nº 106.094 – A, Carlos Roberto Siqueira Castro, OAB/PB Nº 20.283 - A e Carlyson Renato Alves da Silva, OAB/PB Nº 19.380 – A
Apelado : Jacinaldo de Araújo Fogaça
Advogado : Rاندrel Rudson de Mattos, OAB/PB Nº 16.658

PRELIMINAR. NULIDADE DA DECISÃO POR JULGAMENTO EXTRA PETITA. AUSÊNCIA DE PEDIDO PARA CONDENAÇÃO POR DANOS MORAIS. REQUERIMENTO EFETUADO NO CORPO DA EXORDIAL. POSSIBILIDADE. REJEIÇÃO DA QUESTÃO PRÉVIA.

- Não obstante a condenação da demandada ao pagamento indenizatório extrapatrimonial não constar do tópico intitulado de “ DOS PEDIDOS” (Fl. 09), tal requerimento fora formulado no corpo da exordial, restando possível a sua apreciação pelo juízo *a quo*.

APELAÇÃO CÍVEL. GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE ACOMETIDO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR USO DE ORGANOFOSFORADO . EXCLUSÃO DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA ALÉM DAS 12 HORAS INICIAIS. INTERNAÇÃO HOSPITALAR NEGADA. VIOLAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. ABUSIVIDADE CARACTERIZADA. PERÍODO DE CARÊNCIA. ARGUMENTO INFUNDADO. CARÁTER EMERGENCIAL DO PROCEDIMENTO. PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. IRRESIGNAÇÃO. PEDIDO DE EXCLUSÃO DA INDENIZAÇÃO EXTRAPATrimonIAL. IMPOSSIBILIDADE. VERBA DEVIDA. MINORAÇÃO DO RESSARCIMENTO INDENIZATÓRIO. QUANTIA FIXADA COM RAZOABILIDADE. REDUÇÃO DOS HONORÁRIOS

SUCUMBENCIAIS. IMPOSSIBILIDADE. APLICAÇÃO PROPORCIONAL. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. PRECEDENTES DESTA CORTE E DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO APELATÓRIO.

- O Código de Defesa do Consumidor em seu art. 51, inciso IV, conferiu nulidade de pleno direito à cláusula contratual referente ao fornecimento de produtos e serviços que coloquem o cliente em desvantagem exagerada na relação de consumo. São as chamadas cláusulas abusivas que vêm sendo coibidas pelo Judiciário, em defesa do consumidor, que na maioria das vezes encontra-se em situação desfavorável.

- Se a pretensão dos planos médicos é agir de forma complementar ao sistema de saúde nacional, onde para isso, inclusive, cobram um valor considerável de seus segurados, devem também atuar de forma global no trato da matéria, sem exclusão dessa ou daquela enfermidade, assumindo os riscos próprios de sua atividade.

- É abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui o custeio de procedimento coberto pelo plano e necessária ao pleno restabelecimento da saúde do segurado. Precedentes do STJ.

- A carência máxima admitida para tratamentos em casos de emergência que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente é de vinte e quatro horas (art. 12, V, “c”, da Lei n. 9.656/1998). Nos planos hospitalares, a restrição do atendimento de emergência ao âmbito ambulatorial deve observar as carências máximas estipuladas em Lei (24h).

- Na linha dos precedentes do Superior Tribunal de Justiça, o período de carência contratualmente estipulado pelos planos de saúde não prevalece diante de situações emergenciais graves, nas quais a recusa da cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado.

- A recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, de 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, estando caracterizado o dano *in re ipsa*.

- O pleito de minoração do valor arbitrado por danos morais deve ser rejeitado, quando a quantia fixado em primeira instância se mostra suficiente para recompensar o abalo psicológico suportado.

VISTOS, relatados e discutidos os autos acima referenciados.

ACORDA a Primeira Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba, à **unanimidade de votos, REJEITAR A PRELIMINAR. NO MÉRITO, POR IGUAL VOTAÇÃO, NEGAR PROVIMENTO AO APELO.**

RELATÓRIO

Jacinaldo de Araújo Fogaça, devidamente qualificado nos autos, moveu **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS** contra a **GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA**, igualmente identificada, alegando, em síntese, que, em decorrência do diagnóstico de “Intoxicação Exógena por Organofosforado” - CID – 10F19.0, necessitou de atendimento de urgência, havendo negativa por parte da operadora de saúde, ante o não cumprimento do prazo de carência, motivo pelo qual requer a indenização extrapatrimonial.

Com o advento da sentença (fls. 177/182), a juíza *a quo* decidiu pela procedência da ação, determinando que a promovida autorize a transferência do autor para hospital conveniado, bem como a condenação ao pagamento do ressarcimento pelo dano moral, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Às fls. 184/190, a Golden Cross apelou, levantando, inicialmente, a preliminar de julgamento *extra petita*. No mérito, alega que não houve a negativa para o primeiro atendimento de urgência, mas sim o cerceamento da sua continuidade com a internação e realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, em razão do não cumprimento da carência.

Defende, ademais, a inexistência de qualquer comportamento ilícito capaz de resultar prejuízo de ordem moral ao demandante, rechaçando, desta feita, a verba indenizatória aplicada ao caso.

Ao final, requereu o provimento do recurso, no sentido de que seja julgado improcedente o pedido formulado na exordial, ou, ainda, alternativamente, a redução do *quantum* indenizatório fixado e dos honorários sucumbenciais.

Contrarrrazões apresentadas às fls. 215/217, suscitando a preliminar de intempestividade.

Instado a se manifestar, o Ministério Público ofertou parecer opinando pela rejeição das preliminares e o desprovimento do recurso apelatório - fls. 224/235.

É o relatório.

Desembargador José Ricardo Porto

VOTO

Preliminar de Intempestividade

Em sede de contrarrazões, arguiu o recorrido a intempestividade do recurso apelatório, haja vista o término prazo recursal em 08/09/2018.

Analisando os autos, verifica-se que a r. sentença (fls. 177/182) foi publicada em 18/08/2016. Logo, com o início do prazo processual em 19/08/2016, nos termos do art. 224 c/c 231, VII, ambos do NCPC, teria a apelante até o dia 09/09/2016.

Importante registrar que o dia 07/09/2016 não foi computado como dia útil, haja vista o feriado da Independência do Brasil, vide ato nº 01/2016 desta Corte de Justiça.

Desse modo, a peça de defesa foi protocolada dentro do prazo legal (09/09/2016), conforme se constata às fls.184.

Por tais razões, rejeito a questão prévia suscitada.

Preliminar de Nulidade Por Julgamento Extra Petita

Por sua vez a recorrente suscitou a nulidade do decisório de primeiro grau por julgamento *extra petita*, em virtude da não formulação do pedido de condenação da promovida em danos morais, entretanto, mesmo assim o juízo *a quo* deferiu o requerimento.

Tal tese não deve prosperar, uma vez que no presente caso, não obstante a condenação da demandada ao pagamento indenizatório extrapatrimonial não constar do tópico intitulado de “DOS PEDIDOS” (Fl. 09), fora formulado no corpo da exordial, vejamos:

“(...) Pelo evidente dano moral que provocou a Ré, é de se impor a devida e necessária condenação, data venia, com arbitramento de indenização ao Autor, que vem sofrendo injustamente com abusos e desmandos da demandada.” - fls.07.

Dessa forma, resta possível a apreciação do referido pedido pelo juízo *a quo*, não havendo que se falar em nulidade da decisão por julgamento *extra petita*.

Isto posto, rejeito a preambular levantada.

Mérito

De início, importante ressaltar que, segundo a definição legal, constitui contrato de seguro *"aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante paga de um prêmio, a indenizá-la pelo prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato"* (Código Civil/1916, artigo 1.432), definição esta reproduzida, em outras palavras, pelo legis-

lador de 2002, ao dispor o artigo 757 do NCCB que "pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados."

Daí se conclui que tal avença é formada a partir da promessa condicional de indenização de uma importância, prevista para a hipótese de ocorrência do sinistro.

Sabe-se, também, que o Código de Defesa do Consumidor tem inteira aplicação à espécie enfocada, consoante se depreende de seu artigo 3º, parágrafo 2º, *litteris*:

"Art. 3º. (...)

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista".

Sobre a aplicação das normas consumeristas ao contrato de seguro, nos ensina CLÁUDIA LIMA MARQUES, na sua obra "Contratos no Código de Defesa do Consumidor", 2ª edição, São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, 1995, p. 141:

"Resumindo, em todos estes contratos de seguro podemos identificar o fornecedor exigido pelo art. 3º do CDC, e o consumidor. Note-se que o destinatário do prêmio pode ser o contratante com a empresa seguradora (estipulante) ou terceira pessoa, que participará como beneficiária do seguro. Nos dois casos, há um destinatário final do serviço prestado pela empresa seguradora. Como vimos, mesmo no caso do seguro-saúde, em que o serviço é prestado por especialistas contratados pela empresa (auxiliar na execução do serviço ou preposto), há a presença do 'consumidor' ou alguém a ele equiparado, como dispõe o art. 2º e seu parágrafo único".

Como se vê, dúvidas não pairam a respeito da submissão dos contratos de seguro saúde ao Código de Defesa do Consumidor, o que implica na obrigatoriedade das cláusulas estarem de acordo com o diploma legal em evidência, respeitando-se as formas de interpretação e elaboração contratuais, a fim coibir desequilíbrios entre as partes.

Em seu apelo, a recorrente defende que não houve a negativa para o primeiro atendimento de urgência, mas sim o cerceamento da sua continuidade com a internação e realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, em razão do não cumprimento da carência.

Como bem registrou a sentença de primeiro grau (fls. 177/182), , a restrição do atendimento de **emergência** deve observar as carências máximas estipuladas em Lei (**24h**):

APELAÇÃO. Ação indenizatória. Plano de saúde. Criança com três meses de vida. Quadro de infecção urinária, desidratação e enterite aguda. Prescrição de internamento. Negativa de atendi-

*mento. Carência de 180 dias não completada. Recusa indevida. Situação emergencial configurada. Arts. 35 - C e 12, V, "c" da Lei nº 9.656/98. Dano moral in re ipsa. Precedentes do STJ. Desprovimento do recurso. Nos termos do art. 35 - C, I, da Lei nº 9.656/98 "é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente". Embora seja permitida a fixação de prazos de carência para o atendimento das demandas dos usuários de planos de saúde, os casos de urgência ou emergência devem ser obrigatoriamente cobertos pela operadora no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, consoante preceitua o artigo 12, V, "c" da Lei nº 9.656/98. Caracterizada a situação emergencial, não poderia a operadora/apelante ter negado o atendimento, alegando que o autor não cumprira o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação. Ao revés, deveria ter autorizado a internação prescrita pelo médico, em consonância com o preceito do artigo 35 - C, inciso "i" da Lei nº 9.656/98. "a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, de 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, estando caracterizado o dano in re ipsa". (agrg no RESP 1505692/rs, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, terceira turma, julgado em 23/06/2016, dje 02/08/2016) negar provimento ao apelo. (TJPB; APL 0010822-36.2014.815.0011; Primeira Câmara Especializada Cível; Relª Desª Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti; DJPB 20/11/2017; Pág. 6) **Grifo nosso.***

Para definir a natureza do atendimento médico de que necessitou o paciente, vejamos o conteúdo esclarecedor da declaração encartada às fls. 17, subscrito por médica do SUS, Dra. Andrezza Quirino R. de Moura:

"Declaro para os devidos fins que o paciente Jacinaldo de Araújo Fogaça, deu entrada nesse Serviço com quadro de intoxicação exógena por Organofosforado (CID – 10 F19.0). Apresenta-se no momento em ventilação mecânica por traqueostomia em uso de sedação e com quadro de rabdomiólise e sepse grave por pneumonia. Com estado geral grave e necessitando de cuidados intensivos no momento." Grifo nosso.

A teor da definição supra, coerente com as normas constantes do art. 12, § 2º, I, da Lei nº 9.656/98, é perfeitamente possível entender que a segurada necessitou se submeter a procedimentos de emergência (atendimento e internação), envolvendo o seu quadro, além de risco de lesões irreparáveis, perigo para a própria vida, senão vejamos:

"Art.12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas

amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-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;".

E ainda:

"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, caracterizada em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional". Grifo nosso

Pela leitura dos dispositivos legais acima transcritos, tem-se que, para cobertura em casos de urgência e emergência, a lei não estabelece nenhum outro requisito ou condição, senão o cumprimento do prazo máximo de carência de 24 horas.

Assim, se a norma não prevê a possibilidade de nenhuma outra exigência ou limitação, além do prazo de referência, resulta que as seguradoras não estão autorizadas a fazê-lo, devendo, no caso concreto, prevalecer a previsão legal em detrimento de qualquer tipo de estipulação contratual em sentido contrário.

Quem, em sã consciência, dirá que um quadro intoxicação exógena por uso de organofosforado (CID – 10 F19.0), pode esperar o término de um prazo carencial, sem implicar aumento do risco de vida para a paciente? Negar a urgência do caso é recusar a lógica das coisas.

A cláusula de carência, enfocada pela apelante, não poderia, como não pode, sobrepor-se ao quadro de emergência apresentado pelo enfermo, que estava no pleno gozo de seus direitos de associado ao plano de saúde, inclusive daquele que previa a cobertura para casos de urgência.

Assim, configurada a hipótese de emergência no atendimento do segurado, a operadora do plano de saúde está obrigada a cobrir o procedimento solicitado pelo médico, ainda que o fato ocorra durante o período de carência contratual.

Diante dessa realidade, cai por terra a alegação da irresignante, de que a conveniada não fazia *jus* à cobertura solicitada, bem como não merece guarida a tese da Golden Cross de que não teria restado caracterizada a condição emergencial do atendimento.

Acerca do tema, colaciono decisões deste Egrégio Tribunal, que segue o mesmo entendimento, conforme observa-se abaixo:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA CONTRATUAL. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PRESCRITO PELO MÉDICO QUE ACOMPANHA A PACIENTE. DESCUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA DE CENTO E OITENTA DIAS. PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. APELAÇÃO. ELEMENTOS PROBATÓRIOS QUE ATESTAM O QUADRO CLÍNICO EMERGENCIAL DA AUTORA. DISPENSA DO PRAZO DE CARÊNCIA. DANOS MORAIS. ANÁLISE DO CASO CONCRETO. FALTA DA INDICAÇÃO DE EMERGÊNCIA NA GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO. JUSTIFICÁVEL CONFLITO DE INTERPRETAÇÃO DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. LESÃO EXTRAPATRIMONIAL NÃO CONFIGURADA. PROVIMENTO PARCIAL. 1. “Esta Corte Superior firmou o entendimento de que o período de carência contratualmente estipulado pelos planos de saúde não prevalece diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e a razão de ser do negócio jurídico firmado.” (AgInt no AREsp 858.013/DF, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/08/2016, DJe 16/08/2016) 2. Apesar de prevalecer o entendimento de que a negativa de cobertura de tratamento médico emergencial ocasiona danos morais, em determinados casos poderá ocorrer justificável conflito de interpretação por parte da Operadora do Plano de Saúde apto a afastar a lesão extrapatrimonial passível de indenização. (TJPB; APL 0061609-16.2014.815.2001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira; DJPB 07/11/2017; Pág. 11) **Grifo nosso**

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO. RECUSA INDEVIDA DA SEGURADORA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. RESTRIÇÃO CONTRATUAL. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CONFIGURADOS. CARÊNCIA AFASTADA. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULAS. INFRAÇÃO AO CDC. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. ARGUMENTO INFUNDADO. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DOS DIREITOS À SAÚDE E À VIDA. ABUSIVIDADE CARACTERIZADA. DANOS MORAIS. CARACTERIZADOS. FIXAÇÃO NECESSÁRIA. MANUTENÇÃO. DESPROVIMENTO DO RECURSO. 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. Na linha das precedentes do Superior Tribunal de Justiça, o período de carência contratualmente estipulado, pelos planos de saúde, não prevalece, diante de situações graves, nas quais a recusa da cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado. As cláusulas restritivas que impeçam o restabelecimento da saúde em virtude de doença sofrida atentam contra a expectativa legítima do consumi-

*dor quanto ao plano de saúde contratado. 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. Nos termos da Jurisprudência dominante do STJ, “Somente o fato de recusar indevidamente a cobertura pleiteada, em momento tão difícil para a segurada, já justifica o valor arbitrado, presentes a aflição e o sofrimento psicológico”¹. (TJPB; APL 0009016-15.2011.815.2001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. João Alves da Silva; DJPB 21/08/2017; Pág. 19) **Grifo nosso***

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM CARÁTER DE URGÊNCIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. NEGATIVA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. LEI Nº 9.656/98. PRAZO DE CARÊNCIA DE 24 HORAS. OBSERVÂNCIA. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. IRRESIGNAÇÃO. APELO. APLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO Nº 13/98, DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. IMPOSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DO DECISUM. DESPROVIMENTO. *Tratando-se de caso de urgência, impossível a negativa de internação hospitalar pelo Plano de Saúde sob a alegação de que a paciente encontra-se em período de carência contratual. A Lei nº 9.656/98, estabelece em seu art. 12, que em casos de urgência e emergência, o prazo máximo de carência previsto, é de 24 (vinte e quatro) horas. “ (...) a jurisprudência desta Corte vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada (AgRg no AREsp 459.349/SP, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/04/2014, DJe 22/05/2014). Mantém-se o quantum arbitrado a título de danos morais, quando este se mostra necessário e suficiente para compensar, e de certa forma, amenizar o sofrimento da parte, servindo como um fator de desestímulo para que o ofensor não volte a praticar novos atos de tal natureza. (TJPB; APL 0003408-31.2014.815.2001; Terceira Câmara Especializada Cível; Rel^a Des^a Maria das Graças Morais Guedes; DJPB 11/05/2017; Pág. 13) **Grifo nosso***

Além do mais, o contrato de seguro cuida do amparo à saúde de quem o pactua, na medida em que fornece ao segurado os meios concretos e imprescindíveis existentes no ambiente médico-hospitalar disponível para tratá-lo e muitas vezes curá-lo.

Neste ponto da discussão, é pertinente lembrarmos que a saúde de um indivíduo não deve ser avaliada por meios econômicos, especialmente quando for verificada a complexidade de algumas doenças, como no caso em tela, onde a moléstia, a qual foi acome-

tida a recorrida, necessita de intervenção médica, cirúrgica e medicamentosa, que encarece o tratamento pago pelo plano, mas que não poderá medir esforços para lograr um bom êxito.

Ora, é compreensível que a cooperativa médica busque o lucro de seu empreendimento, contudo, é imperativo que, ao buscá-lo, em primeiro lugar, pelo bem-estar de seus associados, respeitando os direitos maiores do ser humano, que são a saúde e a vida.

Assim, não se concebe que seguros de saúde, que movimentam anualmente um montante pecuniário altíssimo arrecadando mensalidades de um número sem fim de segurados, possam escolher as doenças e procedimentos que irão ou não cobrir e arcar, numa forma clara de se obter apenas o bônus de sua categoria contratual.

O art. 199 e seu § 1º, da Constituição Federal assevera:

*“Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.*

Portanto, se a pretensão dos planos dessa natureza é a de agir de forma complementar ao sistema de saúde nacional, onde para isso, inclusive, cobram um valor considerável de seus segurados, é seu dever atuar de forma global no trato do bem-estar, sem exclusão dessa ou daquela enfermidade ou tratamento, assumindo os riscos próprios de sua atividade.

Da existência de danos morais indenizáveis

No que concerne à insurgência quanto aos danos morais, dispensam-se maiores digressões.

Ora, o apelado já se encontrava em estado emocional bastante debilitado, até mesmo porque qualquer procedimento médico apresenta risco para o paciente. Assim, o ato de negar a autorização para continuidade do tratamento médico, causou sérios transtornos e abalos à honra subjetiva do promovente, fato que autoriza a fixação de indenização por danos morais, ante à violação expressa ao que dispõe os arts. 186 e 389, ambos do Código Civil/2002, vejamos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

Colaciona-se, nesta oportunidade, julgado do STJ:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE - OBRIGAÇÃO DE FAZER - INDEFERIMENTO DE PROVA PERICIAL - CERCEAMENTO DE DEFESA - INEXISTENTE - RECUSA DE INTERNAÇÃO - ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA - PRAZO DE CARÊNCIA - ÍNDOLE ABUSIVA - DANOS MORAIS DEVIDOS - JURISPRUDÊNCIA - QUANTUM INDENIZATÓRIO - REVISÃO - IMPOSSIBILIDADE - AGRAVO NÃO PROVIDO. 1. *Hão de ser levados em consideração os princípios da livre admissibilidade da prova e do livre convencimento do juiz, que permitem ao julgador determinar as provas que entende necessárias à instrução do processo, bem como o indeferimento daquelas que considerar inúteis ou protelatórias.* 2. *A jurisprudência do STJ orienta que a cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência, como no caso dos autos, hipótese que configura o dever de pagar indenização por danos morais.* 3. *É possível a revisão do montante da indenização por danos morais nas hipóteses em que o quantum fixado for exorbitante ou irrisório, o que, no entanto, não ocorreu no caso em exame, pois o valor da indenização, arbitrado em R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), não é excessivo nem desproporcional aos danos sofridos.* 4. *Agravo interno ao qual se nega provimento.* (STJ; AgInt-AREsp 1.139.785; Proc. 2017/0178976-0; MS; Quarta Turma; Rel. Min. Lázaro Guimarães; Julg. 17/05/2018; DJE 24/05/2018; Pág. 1968) **Grifo nosso.**

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. Situação de emergência. Período de carência. Negativa de cobertura. Dano moral caracterizado. Precedentes. Agravo conhecido para negar provimento ao Recurso Especial. (STJ; AREsp 1.210.680; Proc. 2017/0301414-5; SP; Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino; Julg. 25/04/2018; DJE 04/05/2018; Pág. 4113) **Grifo nosso.**

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. RECUSA A TRATAMENTO URGENTE. ILICITUDE DA CONDUTA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. SÚMULA Nº 83/STJ. AGRAVO DESPROVIDO. 1. *A previsão contratual de prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência, como ocorreu no caso. Assim, havendo recusa indevida de cobertura de tratamento, a condenação ao pagamento de danos morais é medida que se impõe, pois agrava a situação física e psicológica do beneficiário. Súmula nº 83/STJ.* 2. *Agravo interno desprovido.* (STJ; AgInt-AREsp 1.168.502; Proc. 2017/0232544-7; CE; Terceira Turma; Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze; Julg. 06/03/2018; DJE 15/03/2018; Pág. 1490) **Grifo nosso.**

Nesse diapasão, quanto ao dano moral, não restam dúvidas de sua existência, eis que, não bastasse o sofrimento físico do autor, ainda teve de suportar a dor psíquica do constrangimento e da humilhação, ante a negativa do referido procedimento.

Da minoração do valor estipulado

Melhor sorte não há ao apelante.

O valor imposto pelo juiz *a quo* cumpriu os parâmetros que deveriam ter sido analisados, pois estipulado de acordo com as condições sócio-econômicas de ambas as partes. A indenização tem o caráter não apenas de ressarcimento, para compensar a dor, o sofrimento e todo o constrangimento pelo qual passou o autor, mas também de prevenção, para se impedir que outros atos semelhantes ao discutido no momento venham a ocorrer novamente.

O ressarcimento não poderia ser fixado em importância assaz exorbitante, que levasse ao cometimento de enriquecimento ilícito, tendo em vista que o escopo maior da ação de reparação por danos morais é exatamente o anteriormente mencionado: uma compensação, um consolo, sem mensurar a dor. O caráter punitivo, com o desfalque patrimonial é mero reflexo, já que o intuito é fazer não mais reincidir na mesma atitude.

Com base nessas considerações, a sentença deve ser mantida, eis que vislumbro suficiente a quantia estabelecida **no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais)**, servindo para amenizar o sofrimento do demandante, bem como torna-se um fator de desestímulo, a fim de que o ofensor não volte a praticar novos atos de tal natureza.

Outrossim, importante colacionar trecho do parecer ministerial (fls. 224/235), proferido pela Procuradora de Justiça, Vasti Cléa Marinho Costa Lopes, haja vista ter abordado com percuciência o âmago da lide posta em juízo, conforme se observa abaixo:

“(...) O caso dos autos revela que a negativa de cobertura se deu quando o Autor necessitava, urgentemente, receber atendimento e permanecer internado, pelo que era imprescindível uma assistência rápida, eficiente e adequada, o que não aconteceu. Desse modo, levando-se em consideração que a Apelante é uma empresa de grande porte e que vem, reiteradamente, negando coberturas securitárias, o valor de R\$ 10.000,00 revela-se suficiente para reparar os danos morais em questão, mostrando-se incabível a reforma pretendida pela Parte Adversa. - fls. 234. -Grifo nosso.

Por último, quanto ao pedido de minoração dos honorários advocatícios, entendo também que não assiste razão à ora recorrente, eis que os advogados do autor agiram com zelo e presteza durante todo o processo, motivos pelos quais, com base no art. 85, § 2º, do NCPC, mantenho a referida verba, conforme fixado na sentença *a quo*.

Diante do exposto, em harmonia com o parecer ministerial, **REJEITO AS PRELIMINARES E DESPROVEJO O RECURSO APELATÓRIO**, mantendo-se a sentença em todos os seus termos.

É como voto.

Presidiu a sessão a Exm^a. Des^a. Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti. Participaram do julgamento, além do relator, o Exmo. Des. José Ricardo Porto, Dr. Onaldo Rocha de Queiroga, juiz convocado em substituição ao Exm^o. Des. Leandro dos Santos e a Exm^a. Des^a. Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti.

Presente à sessão a representante do Ministério Público, Dr^a. Lúcia de Fátima Maia Farias , Procuradora de Justiça.

Sala de Sessões da Primeira Câmara Cível “Desembargador Mário Moacyr Porto” do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em João Pessoa, 03 de julho de 2018.

Des. José Ricardo Porto
RELATOR



J/06 - R-J/16