



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**  
**GABINETE DO DES. OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO**

**ACÓRDÃO**

---

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002535-25.2014.815.2003.**

**Relator** : *Juiz Convocado Miguel de Britto Lyra Filho.*

**Origem** : *1ª Vara Regional de Mangabeira da Comarca da Capital.*

**Apelante** : *Unimed João Pessoa Cooperativa de Trabalho Médico.*

**Advogado** : *Hermano Gadelha de Sá e Leidson Flamarion Torres Matos.*

**Apelado** : *Francisco Antônio de Sousa.*

**Advogado** : *Diego de Sousa Alves.*

---

**APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO DE ANTIANGIOGÊNICO (LUCENTIS). NEGATIVA DE COBERTURA. ALEGAÇÃO DE EXCLUSÃO CONTRATUAL DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. NULIDADE. FORÇA COGENTE DAS NORMAS CONSUMERISTAS. AMEAÇA AO OBJETO CONTRATUAL. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DANO MORAL CARACTERIZADO. RESSARCIMENTO DEVIDO. REDUÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. AUSÊNCIA DE RAZOABILIDADE NA FIXAÇÃO. PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO.**

- 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 de tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, necessários à saúde do paciente, restringe direito fundamental inerente à própria natureza do contrato, sobretudo quando se verifica que tal procedimento é coberto pela seguradora, no entanto, foi negado ao beneficiário por este não se

enquadrar em determinada forma específica, ou seja, na “*forma exsudativa, também conhecida como úmida ou neovascular, da degeneração macular relacionada à idade -DMRI*”.

- A recusa indevida e abusiva de cobertura de tratamento indicado por profissional médico por parte da operadora de plano de saúde é causa de dano moral, extrapolando a esfera do mero aborrecimento ou dissabor cotidiano.

- “*Na esteira de diversos precedentes do STJ, verifica-se que a recusa indevida à cobertura médica pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito daquele.*” (STJ, AgRg no REsp 1229872/AM, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/05/2011, DJe 01/07/2011)

- Para a fixação do *quantum* indenizatório, deve-se 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. No caso, em que pese o estado de saúde do paciente fosse grave, já que poderia vir a perder a sua visão com a não realização do tratamento, vê-se que não houve má-fé por parte do plano de saúde, visto que atuava, segundo sua visão, em estrito cumprimento de cláusula contratual, embora esta, como visto, contivesse conteúdo abusivo. Logo, do ponto de vista da reprovação da conduta do fornecedor, entendo que a repercussão da negativa não se afigurou tão grave, motivo pelo qual entendo justa a redução da quantia fixada em primeiro grau.

**VISTOS**, relatados e discutidos os presentes autos. **ACORDA** a Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba em dar provimento parcial ao recurso, nos termos do voto do relator, unânime.

Trata-se de **Apelação Cível** interposta pela **Unimed João Pessoa Cooperativa de Trabalho Médico** contra sentença de fls. 62/64, proveniente da 1ª Vara Regional de Mangabeira, nos autos da **Ação de Obrigação de Fazer c/c Ação de Indenização por Dano Moral e Pedido de Tutela Antecipada**, ajuizada por **Francisco Antônio de Sousa**.

Retroagindo à inicial (fls. 02/11), relatou o autor que é portador de Retinopatia Diabética Proliferativa (CID: H36.0), doença que provoca baixa acuidade visual central, sendo decorrente de edema macular cístico provocado pelo diabetes. Razão disso, foi-lhe prescrito por profissional médico tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, no caso, o LUCENTIS, com aplicação de injeção intra-ocular em ambos os olhos, sendo duas aplicações em cada olho num intervalo de um mês, totalizando, ao final, quatro aplicações.

Diante desse quadro, informou o promovente que solicitou formalmente ao plano de saúde o tratamento prescrito. Entretanto, foi-lhe negado pela seguradora, sob o argumento de que o tratamento solicitado só possuía cobertura obrigatória para pacientes que apresentassem “*a forma exsudativa, também conhecida com úmida ou neovascular, da degeneração macular relacionada a idade – DMRI*” (fls. 20/21)

Em virtude da negativa, manejou o autor demanda obrigacional com antecipação de tutela, para que a ré fosse compelida a fornecer o tratamento solicitado. No mérito, pugnou pela confirmação da tutela pretendida, além da condenação da promovida ao pagamento de indenização por danos morais.

Em decisão de fls. 24/27, foi deferido o pleito antecipatório.

Contestando a ação (fls. 31/42), defendeu a parte ré a legalidade na negativa da cobertura, tendo em vista que o procedimento solicitado não era coberto pelo plano de saúde contratado. Segundo o promovido, para o tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, “*deve a patologia do paciente se adequar a alguns critérios constantes na DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO estabelecida pelo Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde*”.

Informou que as cláusulas de exclusão não são vedadas pelo Código de Defesa do Consumidor, que apenas exige que as cláusulas restritivas de direito sejam redigidas com destaque.

Sustentou que deve haver o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, observando-se os serviços contratados e a contraprestação financeira, não havendo que se falar que as limitações contratadas infringem as regras da boa-fé e equidade.

Ressaltou, por fim, a inexistência de danos morais a serem ressarcidos, pelo que requereu a total improcedência da ação.

A Magistrada singular julgou procedente o pleito autoral nos termos abaixo declinados:

*“Ante o exposto, resolvendo o mérito do litígio, nos termos do art. 269, inciso I, do CPC, JULGO PROCEDENTE o pedido formulado na inicial, confirmando a antecipação de tutela anteriormente*

*concedida (fls. 24/27) e, via de consequência, para condenar a ré a pagar ao autor o valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a título de indenização por dano moral, com correção monetária pelo INPC/IBGE a partir desta data, e juros de mora de 1% ao mês a contar da citação.”*

Inconformada com o *decisum*, a **Unimed João Pessoa Cooperativa de Trabalho Médico** interpôs recurso apelatório (fls. 68/80), trazendo os mesmos argumentos levantados na contestação. Informou que a negativa da realização do tratamento se deu de forma legal, já que não previsto no contrato firmado entre as partes. Ressaltou que o procedimento perseguido pela recorrida precisava preencher os critérios da Diretriz de Utilização estabelecida pela ANS para houvesse a sua cobertura, não sendo o caso dos autos.

Defendeu não ser justa, nem muito menos legítima a cobrança de serviços não contratados, devendo o beneficiário se valer tão somente dos serviços pactuados.

Aduziu que a modalidade do plano do usuário é de coparticipação, de mensalidade mais acessível, pois é cobrado 15% sobre consultas e 20% na realização de tratamentos, procedimentos e cirurgias em nível ambulatorial. Logo, deveria ser cobrado do beneficiário a parcela de coparticipação de 20% sobre o procedimento.

Sustentou a inexistência dos danos morais, todavia, caso não fosse esse o entendimento, pugnou pela sua redução.

Por fim, requereu a reforma da sentença, com a improcedência dos pedidos iniciais. No entanto, acaso mantida a decisão, que fosse condenada tão somente ao pagamento de 80% do tratamento solicitado, já que a apelada deveria pagar 20% a título de coparticipação, bem como que fossem reduzidos os danos morais arbitrados em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Contrarrazões às fls. 91/99.

Instada a se pronunciar, a Procuradoria de Justiça (fls. 103/110) opinou pelo desprovimento do apelo.

### **É o relatório.**

### **VOTO.**

Cumprindo todos os requisitos objetivos e subjetivos de admissibilidade, merece ser conhecido o recurso interposto, pelo que passo à analisá-lo.

Na espécie, a celeuma ora posta centra-se na obrigatoriedade, ou não, da **Unimed João Pessoa Cooperativa de Trabalho Médico** arcar

com os custos relativos ao tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, prescrito para o autor por profissional médico especializado.

Como visto, a **Unimed** interpôs recurso apelatório, informando, em síntese, que o procedimento solicitado não estava previsto em contrato, o que permitido pelo Código de Defesa do Consumidor, bem como não preenchia os critérios estabelecidos pela Diretriz de Utilização estabelecida pela ANS, já que o paciente para se valer do tratamento ocular quimioterápico deveria apresentar *“a forma exsudativa, também conhecida como úmida ou neovascular; da degeneração macular relacionada à idade -DMRI”* (fls. 71)

Pois bem. Ao meu sentir, as considerações traçadas pela seguradora de saúde não são suficientes para elidir o anseio do autor/recorrido.

*Ab inito*, mister se faz realçar que 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.

Ademais, a própria Lei nº 9.656/98 que regulamenta a atividade dos planos e seguros privados de assistência à saúde, em vários dispositivos, ao tratar dos assistidos, utiliza a nomenclatura técnica “consumidor”, o que denota a incidência da legislação consumerista.

Outrossim, o STJ pacificou a questão sumulando o entendimento de que *“aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”* (Súmula 469).

Oportuno lembrar que se trata de normas de ordem pública e de interesse social, haja vista seu honroso mister de promover uma realidade social mais justa e igualitária. Aplicam-se, por consequência, obrigatoriamente às relações por elas reguladas, **sendo inderrogáveis pela vontade dos contratantes**, dada sua natureza cogente.

Destaco, ainda, que a cooperativa médica ofertante de planos de saúde, por inserir-se num ramo de atividade classificada como **serviço público de natureza essencial**, deve ter, como bússola norteadora de suas ações, a **promoção da dignidade da pessoa humana**.

Sob esta perspectiva, estabelece o art. 51, IV c/c § 1º, I e II, 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.” (grifo nosso).*

Notório resta que a negativa do fornecimento de tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, necessários à saúde do paciente, restringe direito fundamental inerente à própria natureza do contrato, sobretudo quando se verifica que tal procedimento é coberto pela seguradora, no entanto, tão somente para pacientes que apresentem “a forma exsudativa, também conhecida como úmida ou neovascular, da degeneração macular relacionada à idade -DMRI”.

Ora, se há no contrato cobertura oftalmológica, não pode o plano de saúde restringir os meios que assegurem a efetividade de tratamentos relacionados a problemas oftalmológicos, sendo plenamente abusiva a cláusula que condiciona o tratamento pretendido pelo autor a forma da sua doença.

Tal condicionante, como se vê, é plenamente abusiva, já que o paciente para utilizar o tratamento requerido precisa atender a determinados requisitos previstos pela Diretriz de Utilização da ANS.

Não é outro o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, que tem precedentes nesse mesmo sentido:

*DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL.OFENSA AO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO DE MATÉRIA FEDERAL.*

*INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 211/STJ. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA LIMITATIVA DE TRATAMENTO. ABUSIVIDADE. PATOLOGIA COM COBERTURA CONTRATUAL.*

*1. Havendo previsão contratual de cobertura de determinada patologia, é abusiva a restrição aos meios necessários ao sucesso do tratamento. Quem garante os fins deve dar os meios, sob pena de ofensa à boa-fé objetiva e à vedação de comportamento contratual contraditório. Precedentes.*

*2. Agravo regimental não provido, com aplicação de multa.*

(AgRg no AREsp 341.956/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 02/10/2014, DJe 07/10/2014)

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.

Destaco, portanto, arestos dos nossos Tribunais:

***APELAÇÃO CÍVEL - PLANO DE SAÚDE - TRATAMENTO OCULAR - NEGATIVA ABUSIVA - APLICAÇÃO DO CDC - DEVER DE COBERTURA ASSEGURADO. Configura-se abusiva a negativa de cobertura ao tratamento ocular, capaz de evitar a cegueira da segurada e necessário para a sua sobrevivência com dignidade, sobretudo quando não há previsão contratual ou legal que exclua expressamente a cobertura, por se tratar de negativa que coloca a segurada em situação de extrema desvantagem, que frustra os objetivos da própria assistência médica que fundamenta a existência dos planos de saúde e, ainda, que viola os princípios da dignidade da pessoa humana e os demais instituídos pelo Código de Defesa do Consumidor, plenamente aplicáveis à relação jurídica analisada. (TJ-MG - AC: 10145120512648001 MG , Relator: Arnaldo Maciel, Data de Julgamento: 03/09/2013, Câmaras Cíveis / 18ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 06/09/2013)***

***APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA. TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO. COBERTURA DEVIDA. DANOS MATERIAIS E MORAIS OCORRENTES. 1. Os contratos de planos de saúde estão submetidos ao Código de Defesa do Consumidor, nos termos do artigo 35 da Lei 9.656/98, pois envolvem típica relação de consumo. Súmula 469 do STJ. Assim, incide, na espécie, o artigo 47 do CDC, que determina a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor. Além disso, segundo o previsto no art. 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor, a operadora de plano de saúde não pode impor obrigações abusivas que coloquem o consumidor em manifesta desvantagem. 2. O plano de saúde não pode se recusar a custear exame***

*indicado pelo médico, pois cabe a este definir o que é melhor para o segurado. Caso em que sequer há cláusula expressa no contrato de exclusão de cobertura do exame em tela, sendo devida a cobertura postulada. 3. Os contratantes devem observar o princípio da boa-fé em todas as fases do contrato. Inteligência do art. 422 do CC. 4. É devido o reembolso das despesas custeadas pelo autor, pois relativas ao tratamento, na forma da sentença. 5. Dano moral. Caso concreto em que a negativa de cobertura extrapolou o mero dissabor dos problemas cotidianos, sendo manifesta a dor, a angústia e o abalo psicológico por que passou o demandante. 6. Quantum indenizatório fixado em... observância às peculiaridades do caso e com o fim de assegurar o caráter repressivo e pedagógico da indenização, sem constituir-se elevado bastante para o enriquecimento indevido da parte autora. 7. O valor da indenização deve ser acrescido de juros moratórios, fixados em 1% ao mês (arts. 406 do CC c/c art. 161, § 1º, do CTN), a contar da citação, por se tratar de relação contratual, além de correção monetária pelo IGP-M, até a data do efetivo pagamento, a partir do arbitramento, conforme Súmula 362 do STJ. Sentença reformada quanto ao marco inicial da correção monetária. 8. Honorários advocatícios mantidos em 15% sobre o valor da condenação, nos termos do art. 20, § 3º, do CPC. 9. Litigância de má-fé. Conduta que não se reconhece. RECURSO DO AUTOR DESPROVIDO. RECURSO DA RÉ PARCIALMENTE PROVIDO. (Apelação Cível Nº 70064912439, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 24/06/2015). (TJ-RS - AC: 70064912439 RS , Relator: Isabel Dias Almeida, Data de Julgamento: 24/06/2015, Quinta Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 29/06/2015)*

Na espécie, não se almeja negar ou suprimir a autonomia da vontade na formação dos contratos. Absolutamente. O nosso querer restringe-se à primazia de valores maiores, utilizando-se, para tanto, do espírito protetivo do Direito do Consumidor.

A liberdade de contratar não é absoluta, esbarrando em zonas fronteiriças de bens supremos e, por isso, indisponíveis.

A natureza peculiar do contrato de seguro saúde e a especial relevância do direito protegido estão a exigir que a sua compreensão seja realizada à luz de princípios maiores, e não à vista das regras tradicionais da teoria dos contratos.



Ressalto, ainda, que a cooperativa médica ofertante de planos de saúde, por inserir-se num ramo de atividade classificada como **serviço público de natureza essencial**, deve ter, como bússola norteadora de suas ações, a **promoção da dignidade da pessoa humana**.

É inconcebível, em qualquer circunstância, que o aspecto econômico se sobreponha à vida, pois, dentre tantos bens que repousam sob as asas da Justiça e do Direito, ela reina, irradiando valores a todas as demais coisas, legitimando o célebre pensamento do poeta Fernando Pessoa de que **“o Ideal é a Vida!”**.

Nesse sentido, *mutatis mutandis*, decidiu o Colendo Superior Tribunal de Justiça em caso semelhante:

*CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. RECONHECIDA. CONFIGURADO O DANO MORAL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. PRECEDENTES.*

*1. As instâncias ordinárias reconheceram que houve recusa injustificada de cobertura de seguro para o custeio do procedimento cirúrgico ocular corretivo e dos exames médicos prescritos, os quais, tardiamente, foram autorizados pela prestadora de serviço.*

*Entendimento diverso por meio do especial demandaria o revolvimento do acervo probatório.*

*2. O Superior Tribunal de Justiça orienta que cabe reparação econômica em razão da abusividade de 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. O plano de saúde não apresentou argumento novo capaz de modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado.*

*Incidência da Súmula 7 do STJ.*

*4. Agravo regimental não provido.*

*(AgRg no REsp 1479410/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 02/10/2014, DJe 21/10/2014)*

Colaciono, ainda, julgado desta Corte de Justiça:

*APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E CONSUMERISTA. PLANO DE SAÚDE. GLAUCOMA. PREVISÃO DE COBERTURA PARA A DOENÇA. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA*

**OPTICA. EXAME INDICADO PELO MÉDICO. AUSÊNCIA DE EXCLUSÃO EXPRESSA. ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. NEGATIVA INDEVIDA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. INDENIZAÇÃO DEVIDA. RECURSO ADESIVO. QUANTUM INDENIZATÓRIO ARBITRADO EM OBSERVÂNCIA AOS POSTULADOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. DESPROVIMENTO DO APELO E DO RECURSO ADESIVO. - Não havendo exclusão para a doença que acometeu a parte contratante, ou para o exame indicado por profissional habilitado, deve ser o mesmo coberto pelo plano de saúde, em atendimento ao disposto no artigo 47 do CDC, visando a tutela do direito constitucional da saúde, que possui extrema relevância à vida e à dignidade humana, constituindo pré-requisito à existência e ao exercício de todos os demais direitos. - O rol de procedimentos da ANS é meramente exemplificativo, contendo apenas o mínimo obrigatório de procedimentos a serem cobertos pela operadora do plano de saúde, não sendo crível, portanto, negar-se a realização de exame sob o argumento de que referido procedimento não se encontra expresso no rol daquela agência reguladora. - Ao negar o exame necessário ao acompanhamento do mal que aflige a parte autora sem qualquer subsídio legal ou contratual, a empresa de plano de saúde requerida não descumpra apenas o disposto em contrato, mas ameaça a saúde da parte requerente, eis que tolhida de acompanhar a evolução da doença, que caso não seja devidamente tratada e acompanhada, pode levar até a perda da visão, sentido de incontestável importância para a vida humana. - Deve ser mantido o valor da indenização por danos morais quando arbitrado observando os postulados da proporcionalidade e da razoabilidade, sendo suficiente tanto para amenizar o sofrimento da apelada, quanto para servir como fator de desestímulo, a fim de que o recorrente/ofensor não volte a praticar novos atos de tal natureza. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00073872920138152003, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator DESA. MARIA DAS GRAÇAS MORAIS GUEDES, j. em 24-03-2015)**

Na hipótese, requereu ainda a parte recorrente que, acaso mantida a decisão, fosse condenada ao limite da cobertura contratual já que se tratava de contrato de coparticipação, onde a parte beneficiária deveria arcar com 20% do tratamento solicitado.

Quanto a esse ponto, entendo se tratar de inovação recursal, já que em nenhum momento, durante a instrução processual, foi levantada essa informação, nem mesmo pela seguradora, que só veio a alegar tal fato em sede de recurso.

Nesta perspectiva, vislumbro que as alegações ora suscitadas pela recorrente não devem ser sequer apreciadas por esta Câmara Julgadora, porquanto se trata de argumento estranho aos autos, que não foi defendido em primeiro grau, caracterizando-se, frise-se, nítida inovação recursal. Portanto, sem razão a apelante.

No tocante à impossibilidade de reparação por danos morais sustentada pela recorrente, entendo que não merecem prosperar suas alegações. É que o comportamento abusivo da operadora do plano de saúde, ante a recusa de tratamento médico, pressupõe a configuração do dano moral.

Seguindo o raciocínio esposado, trago à baila precedentes do STJ:

*“AGRAVO REGIMENTAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA NO ATENDIMENTO. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. QUANTUM. RAZOABILIDADE. CORREÇÃO MONETÁRIA. JUROS MORATÓRIOS. SÚMULAS STF/282 E 356. DECISÃO AGRAVADA. MANUTENÇÃO.*

***I. Na esteira de diversos precedentes do STJ, verifica-se que a recusa indevida à cobertura médica pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito daquele.***

*II. É possível a intervenção desta Corte para reduzir ou aumentar o valor indenizatório por dano moral apenas nos casos em que o quantum arbitrado pelo Acórdão recorrido se mostrar irrisório ou exorbitante, situação que não se faz presente no caso em tela.*

*III. Os dispositivos apontados como violados não foram objeto de debate no Acórdão recorrido, tampouco foram interpostos Embargos de Declaração para suprir eventual omissão, de modo que, ausente está o necessário prequestionamento, incidem as Súmulas STF/282 e 356. Agravo Regimental improvido. (STJ, AgRg no REsp 1229872/AM, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/05/2011, DJe 01/07/2011).”(grifo nosso).*

*“CIVIL E PROCESSUAL. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. NEGATIVA. PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA. DANO MORAL. CABIMENTO. RECURSO PROVIDO.*

***I. A recusa da cobertura de procedimento médico-cirúrgico por parte de prestadora de plano de saúde enseja dano moral quando aquela se mostra ilegítima e abusiva, e do fato resulta abalo que extrapola o plano do mero dissabor.***

***II. Caso em que a situação do autor era grave e o risco de sequelas evidente, ante a amputação, por necrose, já ocorrida em outro membro, que necessitava urgente de tratamento preventivo para restabelecer a adequada circulação.***

***II. Recuso especial conhecido e provido.***

***(STJ, REsp 1167525/RS, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 22/03/2011, DJe 28/03/2011).”(grifo nosso).***

Quanto ao *quantum* indenizatório, como é cediço, sua fixação 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.

No entanto, verifica-se que o valor arbitrado em primeiro grau, no montante de **R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)**, mostrou-se elevado no caso concreto.

Em que pese a existência de dano moral efetivo, verifica-se que, ainda em sede de antecipação de tutela, o autor já obteve o direito para realizar o seu procedimento. Ademais, ainda que o estado de saúde do paciente fosse grave, já que poderia vir a perder a sua visão com a não realização do tratamento, vê-se que não houve má-fé por parte do plano de saúde, visto que atuava, segundo sua visão, em estrito cumprimento de cláusula contratual, embora esta, como visto, contivesse conteúdo abusivo. Logo, do ponto de vista da reprovação da conduta do fornecedor, entendo que a repercussão da negativa não se afigurou tão grave, motivo pelo qual entendo justa a quantia de **R\$ 3.000,00 (três mil reais)**.

Sobre as balizas do dano moral, conferir o seguinte julgado deste Tribunal de Justiça:

***“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. CARÊNCIA. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. CUSTEIO PARTICULAR. RESSARCIMENTO. REPETIÇÃO DO INDÉBITO. PEDIDO JULGADO PARCIALMENTE PROCEDENTE. IRRESIGNAÇÃO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA-DESPROVIMENTO DOS APELOS. O plano de saúde tem por objeto a cobertura do risco contratado, ou seja, o evento futuro e incerto que poderá gerar o dever de indenizar por parte da***

*empresa. Verificado o caráter emergencial do tratamento de que necessitava a parte autora, como demonstrado no processo, não há como prevalecer o prazo de carência pactuado. Inteligência dos artigos 12 e 35c da Lei nº 9.656 de 1998. O valor a ser arbitrado a título de indenização por dano moral deve levar em conta o princípio da proporcionalidade, bem como as condições da ofendida, a capacidade econômica do ofensor, além da reprovabilidade da conduta ilícita praticada. Por fim, há que se ter presente que o ressarcimento do dano não se transforme em ganho desmesurado, importando em enriquecimento ilícito. Valor na origem deve ser mantido. Desprovimento aos recursos. (TJPB; AC 200.2009.008.032-2/001; Primeira Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Leandro dos Santos; DJPB 16/04/2013; Pág. 8).”(grifo nosso).*

Isso posto, **DOU PROVIMENTO PARCIAL À APELAÇÃO CÍVEL**, para o fim de reduzir a indenização por danos morais para o importe de R\$ 3.000,00 (três mil reais), mantendo todos os demais termos da sentença.

#### **É COMO VOTO.**

Presidiu a sessão o Exmo. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos. Participaram do julgamento, o Exmo. Dr. Miguel Britto de Lira Filho, juiz convocado em substituição ao Exmo. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho, o Exmo. Dr. Onaldo Rocha de Queiroga, juiz convocado em substituição a Exma. Desa. Maria das Neves do Egito de Araújo Duda Ferreira e o Exmo. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos. Presente ao julgamento, o Exmo. Dr. Valberto Cosme de Lira, Procurador de Justiça. Sala de Sessões da Segunda Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa, 03 de novembro de 2015.

**Miguel de Britto Lyra Filho**  
**Juiz Convocado - Relator**