



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DO DES. SAULO HENRIQUES DE SÁ E BENEVIDES

ACÓRDÃO

Apelação Cível nº 0000108-65.2013.815.0071 – Comarca de Areia

Relator : Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides.

Apelante : José Pereira Félix

Advogado :Rafael de Lima Laranjeira (OAB/PB 15.717) e Nelson Willian Fratoni Rodrigues (OAB/SP 128.341)

Apelado :Geap – Fundação de Seguridade de Saúde

Advogado :Eduardo da Silva Cavalcante (OAB/DF 24.923) e outros

APELAÇÃO CÍVEL — AÇÃO DE RESSARCIMENTO DE DANOS MORAIS E MATERIAIS — SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA — PLANO DE SAÚDE — RELAÇÃO DE CONSUMO — NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA — ATO ILÍCITO. DANO MATERIAL E MORAL CARACTERIZADOS — PROVIMENTO DO APELO.

— 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 Apelação Cível nº 0037382-64.2011.815.2001 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). Incidência da Súmula nº 469/STJ. (STJ; AgRg-AREsp 187.473; Proc. 2012/0118138-8; DF; Quarta Turma)

— Conquanto geralmente nos contratos o mero inadimplemento não seja causa para ocorrência de danos morais, 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" (STJ. REsp 986947/RN, Relatora Ministra Nancy Andrighi, julgado em 11/03/2008, publicado DJe 26/03/2008).

VISTOS, RELATADOS E DISCUTIDOS os presentes autos acima identificados.

ACORDA a Egrégia Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado, **à unanimidade, em dar provimento ao recurso.**

RELATÓRIO.

Cuida-se de Apelação Cível em face da sentença de fls. 303/315, proferida pelo juízo da Comarca de Areia que, nos autos da Ação de Ressarcimento por Danos Materiais,

ajuizada pelo recorrente em desfavor da **Geap – Fundação de Seguridade de Saúde**, julgando extinto o processo sem resolução de mérito, com supedâneo no art.267, VI do CPC.

Inconformada, o apelante alega em síntese que teve seu pedido de liberação de procedimento cirúrgico negado pelo plano de saúde, fato este que o obrigou a arcar com o pagamento de R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais). Argumenta que não há qualquer relação entre o julgamento do Supremo Tribunal Federal citado na sentença e o presente caso. Por fim, requer a reforma do julgado.

Contrarrazões às fls. 320/321.

Instada a se pronunciar, a douta Procuradoria de Justiça, em seu parecer de fls. 378/381, opinou pelo provimento parcial do recurso, apenas pra determinar que a apelada proceda ao ressarcimento do valor dispensado pelo segurado em razão da cirurgia realizada.

É o relatório.

Voto.

Cuidam-se os autos de Ação de Ressarcimento por danos materiais, decorrente da negativa de cobertura para realização de cirurgia. Afirma o demandante/recorrente, que no ano de 2011, necessitou realizar uma cirurgia de urgência para retirada de um tumor na bexiga, tendo entretanto, tal pedido sido negado, fato este que o obrigou a arca com as despesas médicas do referido procedimento no valor de R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos)

O Juízo *a quo* julgou extinto o processo sem resolução de mérito, com supedâneo no art.267, VI do CPC.

Entre as razões que levaram o magistrado a citada conclusão merece transcrição:

“1º) Cumpre salientar , inicialmente, que no RE nº 631.240/MG o STF firmou entendimento de que o cidadão não poderá ingressar com ação na justiça para requerer benefício previdenciário sem antes fazer o pedido na esfera administrativa do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). As razões da Suprema Corte foram alicerçadas, especialmente , nos seguintes pontos: a) em primeiro lugar, ausência de prévio requerimento administrativo afeta diretamente o interesse de agir – condição da ação que quando ausente, gera sua carência – vez que o judiciário somente deve ser provocado quando sua tutela for necessária; b) além disso, os ministros do STF ponderaram que, ante a ausência de prévio pleito administrativo, não há como se caracterizar a existência de lesão ou ameaça de lesão a direito, que tornaria a atividade jurisdicional inafastável. 2º) entendo que as razões citadas no julgado acima guardam íntima relação com as particularidades do caso em apreço, de modo que o mesmo entendimento pode ser aplicado, analogicamente , à situação em testilha.”

A sentença merece ser reformada. É que conforme bem enfatizou o membro do Parquet Estadual, *“com efeito, ainda que a decisão emanada do primeiro grau encontre fundamento em decisão do Excelso Pretório, especificamente, nas ações de cunho previdenciário, portanto, em contexto bastante diverso do vislumbrado nos casos em que se busca o ressarcimento de procedimento cirúrgico não liberado pelo plano de saúde, não merece prosperar o reconhecimento da carência de ação por falta de interesse processual do postulante – porque haveria a necessidade de se esgotar as vias administrativas para requerer o seguro pleiteado - , ante a inexistência no direito pátrio, de dispositivo legal que obrigue o exaurimento da via administrativa para que se possa ingressar no Judiciário visando à obtenção de determinada tutela*

judicial.”

Além disso, o julgamento do referido Recurso Extraordinário (RE 631.240), o Pretório Excelso salientou uma regra de transição para as ações ajuizadas em período anterior a 03.09.14, como é a hipótese em tela, já que a ação foi proposta em 18.01.2013. Logo, o STF na hipótese do julgado, exige apenas o prévio requerimento administrativo a partir de 04.09.14, não se aplicando a referida jurisprudência, ainda que houvesse identidade de fundamentos entre a decisão objurgada e o julgado do Supremo Tribunal Federal.

Segue o julgado do Pretório Excelso a respeito do tema:

SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. COBRANÇA DE DESPESAS COM FISIOTERAPIA (DAMS). AÇÃO JULGADA PROCEDENTE. INTERESSE DE AGIR. EXIGÊNCIA DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO DA SEGURADORA. MATÉRIA JÁ DECIDIDA PELO STF, EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL, RECLAMANDO OU NÃO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO CONFORME HIPÓTESES PREVISTAS (RE 631.240, RELATOR O MINISTRO ROBERTO BARROSO). EXTENSÃO DA ORIENTAÇÃO AO SEGURO DPVAT (AG REG. NO RE 824.712, RELATORA A MINISTRA CARMEN LUCIA). REGRA DE TRANSIÇÃO A SER APLICADA AO CASO, SENDO O AJUIZAMENTO ANTERIOR À DATA DE 04.09.2014. ARGUIÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL PARA INDENIZAÇÃO REFERENTE A GASTOS COM SESSÕES DE FISIOTERAPIA. PAGAMENTO QUE ESTÁ CONDICIONADO APENAS À COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE COM O ATENDIMENTO POR HOSPITAL, AMBULATÓRIO OU MÉDICO ASSISTENTE. LEI Nº 6.194/74, ARTIGO 3º, INCISO III, § 2º, E ARTIGO 5º ALTERADOS PELAS LEIS 11.482/07 E 11.945/09. DOCUMENTOS E RECIBOS SUFICIENTES PARA COMPROVAR O NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE E AS DESPESAS EFETUADAS. INDENIZAÇÃO DEVIDA. HONORÁRIOS FIXADOS EM 20% EM CONSIDERAÇÃO AO REDUZIDO MONTANTE DA INDENIZAÇÃO. RECURSO IMPROVIDO. Tendo em vista oscilação jurisprudencial a respeito da necessidade de prévio requerimento administrativo, **o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário 631.240, com repercussão geral, deliberou que não há interesse de agir antes de demonstração da necessidade de ir a juízo, anotando, porém, regra de transição para ações ajuizadas em período anterior a 03/09/2014. A partir de 04/09/2014 reclama-se prévio requerimento administrativo, aplicando-se ao seguro DPVAT por analogia (AG. Reg. No Recurso Extraordinário 824.712).** A ação restou ajuizada anteriormente e houve resistência da ré. A Lei nº 6.194/74, em seus artigos 3º, inciso III, § 2º, e 5º, com as alterações feitas pelas Leis nº 11.482/07 e 11.945/09, assegura à vítima o reembolso no valor de até R\$ 2.700,00 de despesas médico hospitalares devidamente comprovadas, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado. Não se cuida apenas de ressarcimento com os primeiros socorros, mas também de gastos feitos para a completa recuperação da acidentada. No caso, as despesas com tratamento estão respaldadas em documentos que comprovam o nexo causal entre o acidente e as despesas suportadas pela autora, com tratamento de fisioterapia (boletim de ocorrência, requisição de serviço e diagnose e terapia, requerimento de fisioterapia, avaliação cinesiológica funcional e ficha de controle de frequência da Clínica de Fisioterapia). (TJSP; APL 1013792-97.2014.8.26.0071; Ac. 8896608; Bauru; Trigésima Segunda Câmara de Direito Privado; Rel. Des. Kioitsi Chicuta; Julg. 15/10/2015; DJESP 22/10/2015

Desta feita deve ser afastado o argumento de ausência de interesse de agir,

Rezam os arts.1013 §3º, I e 485, VI do NCPC:

Art. 1.013. A apelação devolverá ao tribunal o conhecimento da matéria impugnada.

§ 3º—Se o processo estiver em condições de imediato julgamento, o tribunal deve decidir desde logo o mérito quando:

IV - I - reformar sentença fundada no art. 485;

Art. 485. O juiz não resolverá o mérito quando:

VI - verificar ausência de legitimidade ou de interesse processual;

Inicialmente, é preciso consignar que todo e qualquer plano ou seguro de saúde está submetido às disposições do Código de Defesa do Consumidor, por se tratar de relação de consumo atinente ao mercado de prestação de serviços médicos.

Menezes Direito: Afirme-se, assim, com o eminente Professor e Ministro Carlos Alberto

"Dúvida não pode haver quanto à aplicação do Código de Defesa do Consumidor sobre os serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo, de prestação especializada em seguro-**saúde**. A forma jurídica que pode revestir-se esta categoria de serviço ao consumidor, portanto, não desqualifica a incidência do Código do Consumidor. O reconhecimento da aplicação do Código do Consumidor implica subordinar os contratos aos direitos básicos do consumidor, previstos no art. 6º do Código" (O consumidor e os planos de **saúde**, RF 328, p. 312-316).

Frise-se, que as normas protetivas do direito do consumidor, são de ordem pública e de interesse social e, portanto, podem ser utilizadas para afastar eventual restrição por parte da administradora de plano de saúde.

Nesse sentido:

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E AÇÃO CAUTELAR INOMINADA. PLANO DE SAÚDE. RELAÇÃO DE CONSUMO. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA. ATO ILÍCITO. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. QUANTUM INDENIZATÓRIO PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. MANUTENÇÃO. 1. As relações entre as administradoras de planos de saúde e seus participantes encontram-se sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor. 2.A fixação de limites ao tipo de tratamento a ser recebido pelo paciente configura hipótese de restrição por parte da administradora de plano de saúde, deixando o usuário em situação de extrema desvantagem, de modo que deve ser considerada abusiva a cláusula contratual que exclui procedimento cirúrgico devidamente prescrito por médico assistente, por importar afronta ao artigo 51, inciso IV do Código de [Defesa do Consumidor](#). 3.A recusa indevida de cobertura de tratamento médico por parte da administradora de plano de saúde configura hipótese causadora de abalo de ordem moral passível de indenização. 4.Para a fixação do quantum debeat a título de indenização por danos morais, cabe ao magistrado pautar sua avaliação levando em conta a capacidade patrimonial das partes, a extensão do dano experimentado, bem como o grau de culpa do réu para a ocorrência do evento, justificando-se a manutenção do valor arbitrado quando observados os princípios da proporcionalidade e razoabilidade. 5.Recurso de Apelação conhecido e não provido. (TJDF; Rec 2012.01.1.137959-7; Ac. 833.594; Terceira Turma Cível; Relª Desª Nídia Corrêa Lima; DJDFTE 27/11/2014; Pág. 163)

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. GEAP. INCIDÊNCIA DO CDC. FORNECIMENTO DE MATERIAIS ESPECIAIS PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA. RECUSA INDEVIDA. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO ADEQUADO. JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. A PARTIR DO ARBITRAMENTO. SÚMULA Nº

362/STJ. POR ANALOGIA. 1- As normas atinentes ao Código de Defesa do Consumidor são aplicáveis ao caso em que pese a ré seja entidade fechada de previdência privada sem fins lucrativos, ainda que existente legislação específica de regência, pois há relação de consumo quando a demanda se circunscreve à cobertura médico-hospitalar, atraindo a incidência das regras protetivas do consumidor. Precedentes deste Eg. Tribunal de Justiça. 2- Demonstrado nos autos que os materiais especiais necessários para o procedimento cirúrgico, solicitados pelo médico cirurgião, são mais benéficos para o segurado, o seu fornecimento é medida que se impõe, pois atende aos princípios e objetivos do contrato de assistência à saúde. 3- A recusa da seguradora em fornecer os materiais especiais para cirurgia de elevada técnica e complexidade gera ansiedade, aflição e angústia no paciente, o que é causa suficiente para configurar a ofensa aos direitos da personalidade, vez que está em jogo sua qualidade de vida. 4- Quando o valor indenizatório fixado atende adequadamente a função pedagógica da condenação, sem implicar enriquecimento sem causa da parte requerente ou prejuízo à atividade da requerida, não há que falar em redução ou majoração do quantum. 5- O termo inicial para a incidência dos juros de mora conta-se do arbitramento do dano moral, considerando que o valor da indenização postulado pela parte autora é meramente estimativo, não havendo, até a prolação da sentença, um valor determinado para o cumprimento da responsabilidade civil decorrente da violação de direitos da personalidade, razão pela qual também não se pode falar em mora da parte ré. 6- Recursos conhecidos e desprovidos. Sentença mantida.(TJDF; Rec 2012.01.1.074865-4; Ac. 828.550; Sexta Turma Cível; Rel. Des. Hector Valverde Santana; DJDFTE 05/11/2014; Pág. 393).

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO (ARTIGO 544 DO CPC) DEMANDA POSTULANDO O CUSTEIO DE MATERIAL SOLICITADO POR MÉDICO ESPECIALISTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (ENDOPRÓTESE DE JOELHO) E INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO PROVIMENTO AO RECLAMO, MANTIDA A INADMISSÃO DO RECURSO ESPECIAL. 1. **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 Apelação Cível nº 0037382-64.2011.815.2001 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). Incidência da Súmula nº 469/STJ. 2. A recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Caracterização de dano moral in re ipsa. Precedentes. Incidência da Súmula nº 83/STJ. 3. Pretensão voltada à redução do valor fixado a título de dano moral. Inviabilidade. Quantum indenizatório arbitrado, na origem, em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), o que não se distancia dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, nos termos da orientação jurisprudencial desta corte. Precedentes. 4. Agravo regimental desprovido. (STJ; AgRg-AREsp 187.473; Proc. 2012/0118138-8; DF; Quarta Turma)

Ademais, de acordo com a Súmula 469 do STJ, "*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*".

Não é despidiendo esclarecer, que os planos de saúde apresentam uma função social que é a garantia da prestação de serviços médicos e hospitalares aos segurados, em virtude de qualquer evento futuro e incerto.

A priori, a não cobertura de um procedimento essencial ao tratamento da moléstia do segurado afronta a finalidade básica do contrato, uma vez que o seu fim é garantir a

prestação de serviços médicos ao usuário.

É válido ressaltar, ainda, que, em se tratando de procedimento médico de urgência, a cláusula restritiva do contrato acarreta desvantagem excessiva ao segurado, visto que este celebra o contrato com o objetivo de ter alguma garantia contra fatos imprevisíveis, apresentando-se, assim, abusiva a aplicabilidade de tal cláusula contratual.

Ora, é evidente que, ao contratar um Plano Privado de Assistência Médico-Hospitalar, o consumidor tem a legítima expectativa de que, caso venha a ser acometido de alguma enfermidade, **sobretudo por uma doença de natureza grave**, a empresa contratada arcará com todos os custos necessários ao restabelecimento de sua saúde da melhor e mais rápida maneira, o que no presente caso não ocorreu.

Todavia, o que vem acontecendo na prática, é que, enquanto os pactuantes assumem, sem quaisquer reservas, o risco de, eventualmente, pagarem a vida inteira pelo plano e jamais se beneficiarem dele, a operadora apenas assume o risco de arcar com os custos de tratamento de determinadas doenças, normalmente as de mais simples (e conseqüentemente mais barata) solução.

Resta, portanto, devidamente comprovada a violação do art. 51, inc. IV, do CDC, o qual estabelece que:

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 sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

A jurisprudência desta Egrégia Corte pronuncia-se no mesmo sentido, senão vejamos:

APELAÇÃO. AÇÃO DE REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA. FRATURA DE QUADRIL. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS NECESSÁRIOS AO PROCEDIMENTO. NEGATIVA DE COBERTURA. DANO MATERIAL CONFIGURADO. DANO MORAL. ABALO PSÍQUICO. DEVER DE INDENIZAR. FIXAÇÃO. IRRESGINAÇÃO. MAJORAÇÃO DO QUANTUM ARBITRADO. PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. ELEVAÇÃO DO VALOR. **Provimento do apelo. “ (...) 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”.** (resp 986947/ rn, rel. Ministra nancy andrighi, terceira turma, julgado em 11/03/2008, dje 26/03/2008). a indenização por dano moral deve ser fixada com prudência, segundo o princípio da razoabilidade e de acordo com os critérios apontados pela doutrina, a fim de que não se converta em fonte de enriquecimento ilícito. “a fixação do quantum da indenização por dano moral deve ser apta para servir como elemento de coerção destinado a frear o ânimo do agressor; impedindo, desta forma, a recidiva. ” (rt 757/ 284). (TJPB; AC 200.2010.036655-4/001; Quarta Câmara Especializada Cível; Relª Juíza Conv. Maria das Graças Morais Guedes; DJPB 16/07/2012; Pág. 7)

OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL E MORAL. PLANO DE SAÚDE. PRELIMINARES DE ILEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM E FALTA DE INTERESSE DE AGIR. REJEITADAS. NEGATIVA DE

AUTORIZAÇÃO PARA CUSTEIO DAS DESPESAS COM CIRURGIA DE RETIRADA DE VESÍCULA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. FALTA DE QUALQUER EMBASAMENTO À NEGATIVA. ABUSIVIDADE. LEI FEDERAL Nº 9.656/ 98. DANO MORAL CARACTERIZADO. PRECEDENTES DO STJ. DANO MATERIAL. GASTOS COM HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS CONTRATUAIS. PRINCÍPIO DA RESTITUIÇÃO INTEGRAL. APLICAÇÃO DOS ARTS. 389, 395 E 404, DO CÓDIGO CIVIL NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. IMPOSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE PEDIDO ESPECÍFICO E FUNDAMENTADO. PROCEDÊNCIA PARCIAL DOS PEDIDOS. APELAÇÃO. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR. REJEITADA. MÉRITO. REINTERAÇÕES DAS RAZÕES CONTIDAS NA CONTESTAÇÃO. INDENIZAÇÃO PARA FAMILIARES. DANO MORAL RICOCHETE. AFASTADO. REPARAÇÃO APENAS EM FAVOR DO OFENDIDO. DANO MATERIAL. MANTIDO. RECURSO PARCIAL- MENTE PROVIDO. O interesse de agir é evidenciado pela necessidade de postular em juízo a obtenção de direito ante a incontroversa resistência da parte contrária à pretensão. **“Conquanto geralmente nos contratos o mero inadimplemento não seja causa para ocorrência de danos morais, 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”** (STJ. REsp 986947/RN, Relatora Ministra Nancy Andrichi, julgado em 11/03/2008, publicado DJe 26/03/2008). O instituto do dano moral se presta a resguardar a dor e o sofrimento do ofendido e não de todos aqueles que, devido a uma situação pontual, sentiram-se abalados emocionalmente. “Aquele que deu causa ao processo deve restituir os valores despendidos pela outra parte com os honorários contratuais, que integram o valor devido a título de perdas e danos, nos termos dos arts. 389, 395 e 404 do CC/02” (STJ, Resp 1.134.725-MG, Terceira Turma, Relatora Ministra Nancy Andrichi, julgado em 14/06/2011, publicado no DJe 24/06/2011). (TJPB; AC 001.2009.018838-2/001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Juiz Conv. Wolfram da Cunha Ramos; DJPB 30/11/2012; Pág. 11).

Com relação ao dano moral, os precedentes do Colendo STJ, são no sentido de que procede o pedido.

Nesse contexto, conquanto geralmente nos contratos o mero inadimplemento não seja causa para ocorrência de danos morais, é certo que a jurisprudência da referida Corte vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura securitária, 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.

Nessa linha trilham os seguintes precedentes do Colendo Superior Tribunal de Justiça:

“AGRAVO REGIMENTAL. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA CARDÍACA. IMPLANTE DE MARCAPASSO. RECUSA INDEVIDA DA COBERTURA. DANO MORAL CONFIGURADO. Em consonância com a jurisprudência pacificada deste Tribunal, a recusa indevida à cobertura médica enseja reparação a título de dano moral, uma vez que agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, já combatido pela própria doença. Precedentes. Agravo improvido.”

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL NÃO ADMITIDO. SEGURO SAÚDE. RECUSA EM CUSTEAR O TRATAMENTO DE SEGURADO REGULARMENTE CONTRATADO. SUSPEITA DE CÂNCER. DANO MORAL.

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

Configurado, pois, o dever de indenizar, resta a definição do quantum indenizatório, a título de ressarcimento pelos danos morais sofridos.

A importância arbitrada deverá ser estipulada sopesando-se as condições sócio-econômicas de ambas as partes, principalmente em razão do caráter não apenas de ressarcimento para compensar a dor, o sofrimento e todo o constrangimento porque passou o autor, mas também de prevenção, para se impedir que outros atos semelhantes ao discutido no momento venham a ocorrer novamente.

Sobre a quantificação do prejuízo extrapatrimonial, Maria Helena Diniz², leciona:

(...) O juiz determina, por equidade, levando em conta as circunstâncias de cada caso, o quantum da indenização devida, que deverá corresponder à lesão e não ser equivalente, por ser impossível, tal equivalência. A reparação pecuniária do dano moral é um misto de pena e satisfação compensatória. Não se pode negar sua função: penal, constituindo uma sanção imposta ao ofensor; compensatória, sendo uma satisfação que atenua a ofensa causada, proporcionando uma vantagem ao ofendido, que poderá, com a soma de dinheiro recebida, procurar atender as necessidades materiais ou ideais que repute convenientes, diminuindo, assim, seu sofrimento.

Ao magistrado compete estimar o valor da reparação de ordem moral, adotando os critérios da prudência e do bom senso, levando em estima que o quantum arbitrado represente um valor simbólico que tem o escopo não o pagamento do ultraje - a honra não tem preço - mas a compensação moral, a reparação satisfativa devida pelo ofensor ao ofendido. (TJPR, Rel. Des. Oto Luiz Sponolz, (RP 66/2006).

A indenização deve, portanto, proporcionar à vítima satisfação na justa medida do abalo sofrido, de modo a evitar o enriquecimento sem causa, servindo não como uma punição, mas como um desestímulo à repetição do ilícito, atendendo, desta forma, ao caráter pedagógico do qual se reveste.

Neste caso, entendo que o valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) atende aos objetivos desta demanda, tratando-se de quantia capaz não só de atenuar o sofrimento pelo qual passou o suplicante, mas também conscientizar a requerida, a fim de que não venha repetir conduta reprovada na espécie.

Face ao exposto, **DOU PROVIMENTO AO APELO**, determinando que a promovida ressarça o promovente no valor de R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) referente as despesas médicas (fl.20) não cobertas pela seu plano de saúde. Determino ainda, o pagamento de R\$ 15.000,00 a título de danos morais.

No que tange aos honorários advocatícios, arbitro os mesmos em 20% sobre o valor da condenação, nos moldes do art.85 § 2º do NCPC.

É como voto.

¹ AgRg no REsp 978.721/RN, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/10/2008, DJe 05/11/2008

² in "A Responsabilidade Civil por Dano Moral", publicado na "Revista Literária de Direito", ano II, n. 9, jan./fev. de 1996, p. 9.

Presidiu a sessão o Exmo. Des. José Aurélio da Cruz. Participaram do julgamento, além do Relator, o Exmo. Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides (relator), o Exmo. Des. José Aurélio da Cruz, a Exma. Des. Maria das Graças Morais Guedes.

Presente ao julgamento o Exmo. Dra. Ana Cândido Espínola, Promotora de Justiça.

João Pessoa, 25 de outubro de 2016.

Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides
RELATOR



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DO DES. SAULO HENRIQUES DE SÁ E BENEVIDES**

Apelação Cível nº 0000108-65.2013.815.0071 – Comarca de Areia

RELATÓRIO.

Cuida-se de Apelação Cível em face da sentença de fls. 303/315, proferida pelo juízo da Comarca de Areia que, nos autos da Ação de Ressarcimento por Danos Materiais, ajuizada pelo recorrente em desfavor da **Geap – Fundação de Seguridade de Saúde**, julgando extinto o processo sem resolução de mérito, com supedâneo no art.267, VI do CPC.

Inconformada, o apelante alega em síntese que teve seu pedido de liberação de procedimento cirúrgico negado pelo plano de saúde, fato este que o obrigou a arcar com o pagamento de R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais). Argumenta que não há qualquer relação entre o julgamento do Supremo Tribunal Federal citado na sentença e o presente caso. Por fim, requer a reforma do julgado.

Contrarrazões às fls. 320/321.

Instada a se pronunciar, a douta Procuradoria de Justiça, em seu parecer de fls. 378/381, opinou pelo provimento parcial do recurso, apenas pra determinar que a apelada proceda ao ressarcimento do valor dispensado pelo segurado em razão da cirurgia realizada.

É o relatório.

Inclua-se em pauta para julgamento.

João Pessoa, 06 de outubro de 2016.

Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides

Relator