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

**ACÓRDÃO**

**APELAÇÃO CÍVEL Nº. 0025161-44.2007.815.0011- Campina Grande/PB**
**RELATOR :Des. José Ricardo Porto**
**APELANTE :Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S.A - CASSI**
**ADVOGADO :Nildeval Chianca Rodrigues Junior, OAB/PB Nº 12.675**
**APELADOS : Alynthor de Lima Araújo e Isabella Correia Sales Araújo**
**ADVOGADO :Emanuel Vieira Gonçalves (OAB/PB 13.170)**
**RECORRENTE : Alynthor de Lima Araújo e Isabella Correia Sales Araújo**
**ADVOGADO :Emanuel Vieira Gonçalves (OAB/PB 13.170)**
**RECORRIDA :Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil S.A - CASSI**
**ADVOGADO :Nildeval Chianca Rodrigues Junior, OAB/PB Nº 12.675**

**APELAÇÃO CÍVEL. CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL S.A - CASSI. AÇÃO ANULATÓRIA DE NEGÓCIO JURÍDICO C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR (CLÍNICOS, OBSTÉTRICOS OU CIRÚRGICOS). PARTO PREMATURO. PACIENTE GRÁVIDA ACOMETIDA DE PRÉ-ECLAMPSIA. RESSARCIMENTO EXTRAPATRIMONIAL DEVIDO. PROCEDÊNCIA PARCIAL DOS PEDIDOS. IRRESIGNAÇÃO. INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. MUDANÇA DE ENTENDIMENTO RECENTE NO ÂMBITO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (RESP. 1.285.483-PB DE 16/O8/2016). AFASTAMENTO DA NORMA CONSUMERISTA QUE NÃO DESCONSTITUI A NATUREZA JURÍDICA DE CONTRATO DE ADESÃO. INCIDÊNCIA DO CÓDIGO CIVIL E DA LEI 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO ADERENTE (ART. 423 DO CC/02). COBERTURA DE ENFERMIDADE QUE EM DECORRÊNCIA LÓGICA ABRANGE TODOS OS PROCEDIMENTOS INDISPENSÁVEIS PARA O ÊXITO DA SAÚDE DO SEGURADO. HERMENÊUTICA FINALISTA DO PACTO. INDENIZAÇÃO DEVIDA. PEDIDO DE REDUÇÃO. *QUANTUM* FIXADO DE FORMA EQUITATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA POR FUNDAMENTAÇÃO DIVERSA. PRECEDENTES DESTA**

**CORTE E DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO APELATÓRIO.**

**-** *"Não se aplica o CDC às relações existentes entre operadoras de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão e seus filiados, na hipótese em que firmado contrato de cobertura médico-hospitalar."*
**(REsp 1.285.483-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016)**

- O fato do atual entendimento do Tribunal Cidadão ser pela inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos Planos de Saúde gerido na forma de autogestão não afasta a incidência das regras atinentes aos pactos de adesão, disciplinados, de forma geral, pelo Código Civil, motivo pelo qual se deve interpretar as disposições contratuais ambíguas ou contraditórias de maneira mais favorável ao aderente.

- 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.

- *In casu,* o transtorno enfrentado pela autora ultrapassou a condição de mero dissabor, quebrando a sua harmonia psíquica, o que se mostra suficiente para caracterizar o abalo moral.

- A indenização deverá ser fixada de forma equitativa, evitando-se enriquecimento sem causa de uma parte, e em valor suficiente para outra, a título de caráter punitivo.

**IRRESIGNAÇÃO ADESIVA DOS PROMOVENTES. CONDENAÇÃO DA PRIMEIRA PROMOVIDA AO RESSARCIMENTO POR DANOS MATERIAIS. ACORDO CELEBRADO NOS AUTOS. DESPROVIMENTO DA SÚPLICA.**

- As despesas indevidamente pagas ao Hospital CLIPSI já foram objeto de acordo judicial, não cabendo mais quaisquer discussão acerca dessa questão.

**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**, **NEGAR PROVIMENTO AO APELO E A SÚPLICA ADESIVA.**

## RELATÓRIO

**Alynthor de Lima Araújo e Isabella Correia Sales Araújo**, devidamente qualificados nos autos, moveram **"Ação Anulatória de Negócio Jurídico Celebrado em Estado de Perigo com Pedido de Tutela Antecipada c/c Pedido de Indenização por Danos Morais Oriundos de Ilícito Contratual"** contra **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL S.A - CASSI,** igualmente identificada, alegando, em síntese, que, em decorrência do diagnóstico da segunda demandante de *"gravidez de risco (pré-eclampsia)",* necessitou submeter-se a interrupção prematura da gestação*,* indispensável ao tratamento, havendo negativa por parte da operadora de saúde de cobertura dos serviços de atendimento hospitalar (clínico, obstétricos ou cirúrgicos), motivo pelo qual teve que arcar com os consequentes custos e, por essa razão, pleiteou judicialmente indenização extrapatrimonial e ressarcimento material.

Com o advento da sentença (fls. 241/245), o juiz *a quo* decidiu pela procedência parcial da ação, condenando a promovida ao pagamento da indenização extrapatrimonial, no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais).

Às fls. 274/282, a demandada apelou, argumentando, inicialmente, que não possui responsabilidade pela negativa de atendimento, uma vez que esta ocorreu de maneira unilateral por parte do Hospital CLIPSI.

Sustenta ainda, a não aplicação do Código de Defesa do Consumidor, tendo em vista tratar-se de uma operadora de plano de saúde na modalidade autogestão.

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

Ao final, requereu o provimento do recurso, no sentido de que seja julgado improcedente o pedido formulado na exordial ou, caso haja entendimento diverso nesta Corte, pugna pela minoração da indenização.

Os promoventes, por sua vez, apresentaram irresignação adesiva (fls. 299/301), a fim de reformar parte da decisão vergastada, pugnando pela condenação da operadora ao ressarcimento dos danos materiais alusivos as despesas médicas efetuadas diretamente ao hospital.

Contrarrazões apresentadas e encartadas pela parte promovente e promovida às fls. 292/297 e 305/315, respectivamente.

Instada a manifestar-se, a Procuradoria de Justiça emitiu parecer (fls. 327/333), opinando pelo desprovimento do recurso apelatório da demandada e da irresignação adesiva dos promoventes.

Processo enviado ao Núcleo de Conciliação deste Tribunal, a fim de se tentar a composição amigável entre as partes, a qual restou frustrada (vide termo às fls. 339).

É o relatório.

# VOTO

**RECURSO APELATÓRIO DA PROMOVIDA - CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL S.A - CASSI**

Preliminar

Arguiu a promovida a questão prévia de sua ilegitimidade passiva, levantada em sede de contrarrazões ao recurso adesivo, alusiva à alegação de que não se negou a prestar a cobertura médica, tendo tal omissão ocorrido por culpa exclusiva do Hospital CLIPSI.

Ocorre que tal preambular confunde-se com próprio mérito recursal, devendo ser analisada de forma conjunta.

**Mérito.**

De início, consigno que o Superior Tribunal de Justiça possuía entendimento majoritário no sentido da aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor a todas as modalidades de operadoras de planos de saúde, inclusive as geridas em autogestão.

Todavia, através do REsp 1.285.483-PB, da Relatoria do Min. Luis Felipe Salomão, em decisão publicada no Diário da Justiça do dia 16/8/2016, a Corte Cidadã modificou seu entendimento quanto à matéria, alinhando-se no sentido oposto em relação ao planos de saúdes geridos sob a modalidade de autogestão, *in verbis:*

> ***"Não se aplica o CDC às relações existentes entre operadoras de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão e seus filiados, na hipótese em que firmado contrato de cobertura médico-hospitalar.*** *A jurisprudência do STJ, até o presente momento, vem externando o entendimento de que as normas do CDC regulam as relações existentes entre filiados e operadoras de planos de saúde, ainda que estas se constituam na forma de autogestão, sem fins lucrativos, uma vez que a relação de consumo se caracterizaria pelo objeto contratado, ou seja, a cobertura médico-hospitalar (REsp 519.310-SP, Terceira Turma, DJ 24/5/2004). Acontece que, após recente julgamento realizado pela Segunda Seção (REsp 1.536.786-MG, DJe 20/10/2015), em que foi analisada questão de certo modo assemelhada, consistente na incidência das mesmas regras do CDC às relações envolvendo entidades de previdência privada fechadas, os aspectos lá considerados para o afastamento da legislação consumerista mostram-se de aplicação pertinente ao caso de entidades que administrem plano de saúde de autogestão, tendo em vista a coincidência de características entre as entidades, reclamando a necessidade de renovação da discussão da matéria, sempre no intuito do aperfeiçoamento da jurisprudência. Com efeito, os planos de autogestão são assim denominados dada a opção feita pela empresa empregadora em assumir a responsabilidade pela gestão e pelo fornecimento de serviços de assistência médico-hospitalar, seja por meio de rede própria seja por meio de convênios ou quaisquer tipos de associação com as empresas que fornecerão, de fato, o serviço.*

*À luz da Lei n. 9.656/1998, é possível afirmar que, apesar de serem reguladas pela mesma norma das operadoras comerciais, há, em relação a pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão, diferenças de tratamento, e uma das mais significativas diz respeito à inexigibilidade para as últimas entidades de oferecimento de plano-referência, indispensável para a constituição das pessoas jurídicas que não operam nesta modalidade. De certo, o objetivo perseguido pela lei por ocasião da criação do plano-referência foi tornar óbvias as obrigações das operadoras e, na mesma linha, as cláusulas de exclusão de cobertura, para que o contrato firmado não se mostrasse iníquo para o consumidor, principalmente no momento em que necessitasse da assistência do plano. A exclusão das operadoras de autogestão da obrigatoriedade do oferecimento do plano-referência justifica-se na própria razão de ser do modelo. É que, pensado para garantir o mínimo ao usuário, o plano-referência também representa forma de incremento na competição entre as operadoras, uma vez que, por serem praticamente idênticos os serviços disponibilizados, diferente apenas o preço, a escolha do consumidor é facilitada, sendo realizada por meio de simples comparação. Na linha desse raciocínio, como as entidades de autogestão não podem oferecer seus planos no mercado de consumo sob pena de total descaraterização da modalidade, não faz sentido, para essas pessoas jurídicas, a exigência desse mínimo. A doutrina que comenta o CDC vê, nessa particularidade, razão bastante para que o diploma consumerista não seja aplicado às relações constituídas com as operadoras de autogestão. Noutro ponto, ainda para afastar a incidência do CDC das relações com as autogestoras, doutrina assinala que, mesmo havendo retribuição dos serviços prestados por meio de remuneração, isso não parece suficiente para mudar o entendimento até aqui afirmado. Assim, há diferenças sensíveis e marcantes entre as diversas modalidades de operadoras de plano de saúde. Embora todas celebrem contratos cujo objeto é a assistência privada à saúde, apenas as comerciais operam em regime de mercado, podendo auferir lucro das contribuições vertidas pelos participantes (proveito econômico), não havendo nenhuma imposição legal de participação na gestão dos planos de benefícios ou da própria entidade. Anote-se, ademais, que, assim como ocorre nos casos de entidades de previdência privada fechada, os valores alocados ao fundo comum obtidos nas entidades de autogestão pertencem aos participantes e beneficiários do plano, existindo explícito mecanismo de solidariedade, de modo que todo excedente do fundo de pensão é aproveitado em favor de seus próprios integrantes. Portanto, as regras do Código Consumerista, mesmo em situações que não sejam regulamentadas pela legislação especial, não se aplicam às relações envolvendo entidades de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão. Assim, o "tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano se viabilize. Aqueles que seguem e respeitam as normas do plano arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados*

> *acrescida da patronal ou da instituidora" (REsp 1.121.067-PR, Terceira Turma, DJe 3/2/2012).”* **(STJ - REsp 1.285.483-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016)**

Não destoa deste posicionamento, recentíssimos julgados do STJ:

> ***AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. Plano de saúde. Modalidade de autogestão. Reajuste. Onerosidade excessiva do consumidor e vedação de reajuste à pessoa idosa. Súmula nº 7 do STJ. Inaplicabilidade do CDC ao caso. Precedente da segunda seção do STJ. Entendimento em harmonia com a jurisprudência desta corte. Súmula nº 83/STJ. Ofensa a enunciado de Súmula. Súmula nº 518/STJ. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.*** *(STJ; AREsp 1.065.073; Proc. 2017/0049000-1; RS; Terceira Turma; Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze; DJE 31/03/2017)**Grifo nosso.***
>
> ***CIVIL, CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. Recurso especial. Recurso manejado sob a égide do CPC/73. Plano de saúde. Contrato anterior à Lei nº 9.656/98. Implante de prótese cardiológica. Cobertura. Cláusula de exclusão. Operadora. Autogestão. Relação de consumo não configurada. Não incidência do CDC. Precedente da segunda seção. Cláusula não abusiva. Apelo nobre provido.*** *(STJ; REsp 1568972; Proc. 2015/0248660-2; MG; Terceira Turma; Rel. Min. Moura Ribeiro; DJE 16/03/2017)* ***Grifo nosso.***
>
> ***AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. Plano de saúde. Modalidade de autogestão. Reajuste. Onerosidade excessiva do consumidor e vedação de reajuste à pessoa idosa. Súmulas nºs 7 e 211 do STJ. Inaplicabilidade do CDC ao caso. Precedente da segunda seção do STJ. Agravo conhecido para não conhecer do recurso especial.*** *(STJ; AREsp 1.044.010; Proc. 2017/0010135-7; RS; Terceira Turma; Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze; DJE 15/02/2017)* ***Grifo nosso.***

Assim, diante da nova realidade jurisprudencial, necessário se faz a adequação da motivação aos novos paradigmas.

Pois bem.

O fato do atual entendimento do Tribunal Cidadão ser pela inaplicabilidade da Norma Consumerista ao pacto em apreço não afasta a incidência das regras atinentes aos contratos de adesão, disciplinados, de forma geral, pelo Código Civil.

Nesse passo, importante destacar os termos da *Lex* Civilista:

> *“Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.*

> *Art. 423. Quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente.*
>
> *Art. 424. Nos contratos de adesão, são nulas as cláusulas que estipulem a renúncia antecipada do aderente a direito resultante da natureza do negócio."*

Dessa forma, mesmo não utilizando-se do arcabouço protetivo do CDC, vislumbro, na espécie, que o pacto firmado entre as partes insere-se no conceito de contrato de adesão, o qual se caracteriza por possuir cláusulas estanques e uniformizadas, anteriormente formuladas e impostas de modo unilateral por um dos litigantes. Neste pensar, as disposições contratuais preestabelecidas, irrazoavelmente lesivas aos direitos dos segurados, devem ser repelidas, em atenção à boa-fé objetiva.

Na hipótese em comento, verifico que a própria empresa médica admite em sua contestação (fls. 79/92) a ocorrência de impasses contratuais que levaram o Hospital CLIPSI a negar, ainda que de forma indevida, o atendimento à usuária do plano. Isto é, restou incontroversa nos autos a responsabilidade do plano de saúde que, mesmo conhecedor da situação, foi incapaz de garantir a assistência médica a seus usuários.

Nesse norte, não visualizo razões lógicas e de bom senso para que o plano de saúde possua cobertura sobre as consultas e exames de gravidez e, ao mesmo tempo, não disponibilize hospital credenciado para a realização do parto.

O art. 1º, da Resolução nº 1.401/93, do Conselho Federal de Medicina, que preconizou o art. 10 da Lei nº 9.656/98, levanta a questão acerca das cláusulas restritivas de cobertura:

> *"As empresas de seguro-saúde, empresas de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, ou outras, que atuem sob forma de prestação direta ou intermediação dos serviços médico-hospitalares,* ***estão obrigadas a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, não podendo impor restrições quantitativas ou de qualquer outra natureza".*** *(Grifo nosso).*

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 para tratá-lo e muitas vezes curá-lo.

Portanto, se a pretensão dos planos dessa área é de agir de forma complementar ao sistema de saúde nacional, onde, para isso, inclusive, cobram um valor considerável de seus associados, é seu dever atuar de forma global, sem exclusão irrazoável de procedimentos em relação a riscos assumidos e inerentes a sua atividade.

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 que acometeu a ora recorrida enseja a rea-

lização de **cirurgia (parto prematuro)**, o que encarece o tratamento a ser pago pelo plano de saúde.

Ora, é compreensível que as empresas dessa área busquem o lucro de seus empreendimentos, contudo, é imperativo que primem 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 desse porte, 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 a 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".*

Nesse norte, já há posicionamento:

> ***AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NASCITURO PORTADOR DE MÁ FORMAÇÃO FETAL. RISCO DE PARTO PREMATURO. DANO IMINENTE. ART. 300 DO CPC/2015. TUTELA ANTECIPADA QUE ASSEGUROU A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA CESÁRIA NO HOSPITAL DA UNIMED, DOTADA DE EQUIPAMENTO PRÓPRIO PARA O PROCEDIMENTO. MANUTENÇÃO DO DECISUM. PROVIMENTO. Presente o risco iminente de parto prematuro, em razão de má formação fetal, é dever do plano de saúde assegurar a internação e a realização do parto em hospital dotado das instalações necessárias à realização do procedimento cirúrgico.*** *(TJPB; AI 0000336-54.2016.815.0000; Terceira Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Ricardo Vital de Almeida; DJPB 27/10/2016; Pág. 9)* ***Grifo nosso.***
>
> ***APELAÇÃO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. PARTO PREMATURO. RISCO DE MORTE DO NASCITURO. DANO MORAL CONFIGURADO.*** *RECURSO ADESIVO. PEDIDO DE MAJORAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. VALOR FIXADO COM BASE NOS PRINCÍPIOS DA PROPORCIONA- LIDADE E RAZOABILIDADE. QUANTUM QUE ATENDE AS ESPECIFICIDADES DO CASO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DOS RECURSOS. Verificado o caráter emergencial do procedimento cirúrgico de que necessitava a parte autora, como amplamente demonstrado no processo, não há como prevalecer o prazo de carência pactuado, conforme os artigos 12 e 35-c da Lei nº 9.656/98.* ***Diante da***

***negativa de cobertura para parto prematuro cesariana de urgência, em decorrência de gravidez considerada de risco, a seguradora de plano de saúde deve indenizar pelos danos morais causados à autora que ultrapassam o entendimento de mero transtorno. Deve o quantum indenizatório ser mantido por atender as peculiaridades do caso concreto e os princípios da proporcionalidade e razoabilidade.*** *(TJPB; Rec. 200.2008.042146-0/001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Juiz Conv. Wolfram da Cunha Ramos; DJPB 13/06/2013; Pág. 24)* ***Grifo nosso.***

***APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA PARA IMPLANTE DE MARCAPASSO. AUSÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO. NEGATIVA DE COBERTURA. EXCESSIVA DESVANTAGEM AO CONTRATANTE. CLÁUSULA ABUSIVA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. QUANTUM ARBITRADO. RAZOABILIDADE. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. IRRESIGNAÇÃO. PRECEDENTES. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO.*** *Os consumidores não poderão ter sua vida e sua saúde expostos à perigo ou dano (art. 6º, I da Lei nº 8.078/90. Código de Defesa do Consumidor) pela seguradora. Qualquer conduta que desrespeite os direitos básicos do consumidor será tida por abusiva e ilegal. A priori, a não cobertura de um procedimento essencial ao tratamento da moléstia da segurada afronta a finalidade básica do contrato, uma vez que o seu fim é garantir a prestação de serviços médicos ao usuário. "É abusiva a cláusula contratual que exclui de cobertura a colocação de marcapasso, quando este é necessário ao bom êxito do procedimento cirúrgico coberto pelo plano de saúde, pois restringe direitos inerentes à natureza do contrato, a ponto de tornar impraticável a realização de seu objeto, nos exatos termos do artigo 51, §1º, inciso II, do CDC. " (TJPB; APL 0801845-70.2005.815.0000; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. João Alves da Silva; DJPB 04/12/2015; Pág. 18). (TJPB; APL 0019120-03.2010.815.2001; Terceira Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Saulo Henriques de Sá Benevides; DJPB 13/09/2016)* ***Grifo nosso.***

***AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA CONTRATUAL. EXCLUSÃO DA COBERTURA DO CUSTEIO OU DO RESSARCIMENTO DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. SENTENÇA PELA PROCEDÊNCIA PARCIAL DO PEDIDO. APELAÇÃO DO AUTOR. PLEITO DE RESTITUIÇÃO EM DOBRO DO VALOR DISPENDIDO A TÍTULO DE DESPESAS MÉDICAS. INAPLICABILIDADE DO ART. 42, DO CDC. DIVERGÊNCIA DE COBERTURA CONTRATUAL. AUSÊNCIA DE MÁ-FÉ. PRECEDENTES DESTE TRIBUNAL. DANOS MORAIS. INJUSTA RECUSA DE COBERTURA DE SEGURO-SAÚDE. SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E DE ANGÚSTIA DO SEGURADO.*** *PRECEDENTES DO STJ. INDENIZAÇÃO. FIXAÇÃO EM PATAMAR RAZOÁVEL E CONDIZENTE COM AS CIRCUNSTÂNCIAS DO CASO. DESPROVIMENTO. 1. A restituição dos valores deve ocorrer de forma simples, pois, ao caso em exame, não pode ser aplicado o art. 42, parágrafo único, do CDC, já que, em*

> *verdade, não se trata de cobrança indevida, mas sim de divergência quanto ao alcance da cobertura contratual, relativa ao plano de saúde, não estando presente a má-fé por parte da requerida, critério essencial para permitir a aplicação da repetição do indébito em dobro. 2. "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). (TJPB; APL 0108611-50.2012.815.2001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira; DJPB 04/08/2015; Pág. 17)* ***Grifo nosso.***

Com efeito, da mesma forma que certas moléstias não devem ser excluídas da cobertura contratual, os tratamentos, exames e procedimentos cirúrgicos a que o paciente deve se submeter, bem como materiais necessários para tais fins, sob hipótese alguma poderão ser limitados, seja na abrangência ou no tempo necessário para seu cumprimento.

Ademais, destaco que o julgador deve aplicar a lei em atendimento aos fins sociais a que ela se dirige, de forma a preservar os mais importantes bens a serem tutelados, como a saúde e a vida, conforme orienta o art. 8º do NCPC:

> *Art. 8º Ao aplicar o ordenamento jurídico, o juiz atenderá aos fins sociais e às exigências do bem comum, resguardando e promovendo a dignidade da pessoa humana e observando a proporcionalidade, a razoabilidade, a legalidade, a publicidade e a eficiência.*

**Da existência de danos morais indenizáveis**

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

Ora, a paciente já se encontrava em estado emocional bastante debilitado, até mesmo porque qualquer procedimento médico apresenta risco. Assim, o ato de negar a cobertura dos serviços de atendimento hospitalar (clínico, obstétricos ou cirúrgicos), causou sérios transtornos e abalos à honra subjetiva dos promoventes, fato que autoriza a fixação de indenização por danos morais, ante à violação expressa ao que dispõe os arts. 186, 389 e 927, todos 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."*

*"Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo."*

Colaciona-se, nesta oportunidade, julgados do STJ:

***AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA. PROCEDIMENTO ESPECÍFICO INDICADO POR MÉDICO. RECUSA DE COBERTURA. ABUSO. DANO MORAL VERIFICADO. SÚMULA Nº 83/STJ. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA Nº 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. AGRAVO NÃO PROVIDO. 1. Nos termos da jurisprudência consolidada neste pretório, é passível de condenação por danos morais a operadora de planos de saúde que se recusa injustificadamente a efetuar a cobertura do tratamento do segurado. 2. O eg. Tribunal a quo seguiu a jurisprudência desta corte no sentido de considerar que "a exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato" (resp 183.719/sp, relator o ministro luis felipe salomão, dje de 13.10.2008). 3. Destarte, o tribunal a quo decidiu conforme o entendimento desta corte superior de que, havendo expressa indicação médica para realização do tratamento, mostra-se desarrazoada sua negativa de cobertura, devendo ser considerada abusiva a cláusula de sua exclusão.*** *4. Ademais, a revisão do que ficou decidido pelo tribunal de origem, no tocante à índole abusiva da negativa injustificada de cobertura pela operadora do plano de saúde, esbarra no óbice da Súmula nº 7/stj. 5. A incidência da Súmula nº 7 do STJ é óbice também para a análise do dissídio jurisprudencial, o que impede o conhecimento do recurso pela alínea c do permissivo constitucional. Precedentes.* ***6. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ; AgRg-AREsp 481.775; Proc. 2014/0046490-0; DF; Quarta Turma; Rel. Min. Raul Araújo; DJE 21/08/2015) Grifo nosso.***

***AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA. PROCEDIMENTO ESPECÍFICO INDICADO POR MÉDICO. RECUSA DE COBERTURA. ABUSO. DANO MORAL VERIFICADO.*** *SÚMULA Nº 83/STJ. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA Nº 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. AGRAVO NÃO PROVIDO.* ***1. Nos termos da jurisprudência consolidada neste pretório, é passível de condenação por danos morais a operadora de planos de saúde que se recusa injustificadamente a efetuar a cobertura do tratamento do segurado. 2. O eg. Tribunal a quo seguiu a jurisprudência desta corte no sentido de considerar que "a exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vul-***

> ***nera a finalidade básica do contrato" (resp 183.719/sp, relator o ministro luis felipe salomão, dje de 13.10.2008). 3. Destarte, o tribunal a quo decidiu conforme o entendimento desta corte superior de que, havendo expressa indicação médica para realização do tratamento, mostra-se desarrazoada sua negativa de cobertura, devendo ser considerada abusiva a cláusula de sua exclusão****. 4. Ademais, a revisão do que ficou decidido pelo tribunal de origem, no tocante à índole abusiva da negativa injustificada de cobertura pela operadora do plano de saúde, esbarra no óbice da Súmula nº 7/stj. 5. A incidência da Súmula nº 7 do STJ é óbice também para a análise do dissídio jurisprudencial, o que impede o conhecimento do recurso pela alínea c do permissivo constitucional. Precedentes. 6. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ; AgRg-AREsp 481.775; Proc. 2014/0046490-0; DF; Quarta Turma; Rel. Min. Raul Araújo; DJE 21/08/2015) Grifo nosso.*

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

**Da minoração do valor estipulado**

Como é cediço, o dano moral é a lesão a bens personalíssimos, integrantes da personalidade, dentre outros, a integridade psicológica, de sorte a causar dor, sofrimento e desconforto.

Quanto ao valor, na falta de parâmetros objetivos definidos para a sua fixação, tem-se solidificado o entendimento no sentido de que não deve ser de tal ordem que se convole em fator de enriquecimento, nem tão ínfimo que possa aviltar a reparação, perdendo sua finalidade.

Em outras palavras, a reparação moral deve sempre ser fixada de forma a atender o duplo propósito do instituto, qual seja, desestimular, de forma pedagógica, o ofensor a reiterar condutas do mesmo gênero (teoria do desestímulo), e propiciar ao ofendido os meios de compensar a dor e os transtornos experimentados, sem que isso implique em fonte de lucro indevido.

Além do mais, no cálculo da compensação extrapatrimonial, o Julgador deve levar em conta, além da extensão da lesão e da posição social e econômica das partes, o fato de que a indenização não pode ser ínfima a ponto de nada representar para o ofensor, nem mesmo dissuadi-lo de outro igual atentado, tampouco ser elevada a ponto de proporcionar enriquecimento sem causa do ofendido.

Em sendo assim, entendo que a reparação, a título de abalo psicológico, foi arbitrada em valor compatível com a extensão do dano, **devendo ser mantido o valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais),** importância que entendo compensar os dissabores suportado pela autora e estar dentro da realidade econômica das partes e do caso em disceptação.

Desse modo, tenho que não merece prosperar a tese esposada na presente peça recursal.

**RECURSO ADESIVO DOS PROMOVENTES -ALYNTHOR DE LIMA ARAÚJO E ISABELLA CORREIA SALES ARAÚJO**

O objeto da peça recursal é a condenação da promovida ao ressarcimento dos danos materiais na importância de R$ 5.679,33 (cinco mil seiscentos e setenta e nove reais e trinta e três centavos).

Acerca do tema, é importante colacionar trecho do parecer ministerial, haja vista a ilustre Procuradora de Justiça ter abordado com percuciência o assunto, conforme se observa abaixo:

> ***"(…) as despesas indevidamente pagas ao Hospital CLIPSI já foram objeto de acordo judicial, cuja decisão homologatória já transitou em julgado, não cabendo mais quaisquer discussão acerca dessa questão. Essa circunstância, aliás, obsta a pretensão deduzida no recurso adesivo, no sentido de condenar a operadora ao pagamento dos danos materiais, sendo certo que tal pedido, além de ferir da boa-fé processual, acarretaria inegável enriquecimento ilícito, pois os autores seriam ressarcidos duas vezes pelas mesmas despesas.*** *" - fls. 331.* ***Grifo nosso***

Desse modo, tenho que não merece prosperar a tese esposada na presente peça adesiva.

Pelos motivos acima expostos, em harmonia com o parecer ministerial, **NEGO PROVIMENTO AO RECURSO APELATÓRIO DA DEMANDADA E DESPROVEJO A IRRESIGNAÇÃO ADESIVA DOS PROMOVENTES,** mantendo-se a sentença em todos os seus termos.

**É como voto.**

Presidiu a sessão a Excelentíssima Desembargadora Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti. Participaram do julgamento, além do relator, Excelentíssimo Desembargador José Ricardo Porto, o Excelentíssimo Desembargador Leandro dos Santos e a Excelentíssima Desembargadora Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti.

Presente à sessão a representante do Ministério Público, Dra.Vasti Clea Marinho Costa Lopes, 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, 30 de maio de 2017.

**Des. José Ricardo Porto**
**RELATOR**

*J/06 - R-J/04*