



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

GABINETE DO DES. OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO

ACÓRDÃO

APELAÇÕES CÍVEIS Nº 0046686-19.2013.815.2001.

Origem : 7ª Vara Cível da Comarca da Capital.
Relator : Desembargador Oswaldo Trigueiro do Valle Filho.
1ª Apelante : Unimed João Pessoa.
Advogado : Hermano Gadelha de Sá (OAB/PB 8.463).
2ª Apelante : Unimed Campina Grande.
Advogado : Caius Marcellus Lacerda (OAB/PB nº 5.207).
Apelado : João Alberto Pereira da Silva.
Advogado : Paulo César Almeida da Costa.

PRIMEIRA APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. ALEGAÇÃO TÃO SOMENTE DE ILEGITIMIDADE PASSIVA. UNIMED JOÃO PESSOA E UNIMED CAMPINA GRANDE. MESMO GRUPO ECONÔMICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. DESPROVIMENTO DO APELO.

- Tanto a Unimed João Pessoa quanto a Unimed Campina Grande são cooperativas que integram o Sistema Unimed, isto é, o mesmo grupo econômico e, por isso, a apelante tem legitimidade passiva, por ser responsável solidária e existir intercâmbio entre as cooperativas.

SEGUNDA APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES. JUSTIFICATIVA PLANO NÃO REGULAMENTADO. APLICAÇÃO DA LEI Nº 9.656/98 E DAS NORMAS CONSUMERISTAS. AUSÊNCIA DE PROVA DE PROPOSTA DE MIGRAÇÃO PARA OUTRO PLANO. MANIFESTA ABUSIVIDADE DA AUSÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO DOS EXAMES. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. ABALO PSICOLÓGICO SOFRIDO PELO PACIENTE. QUANTUM INDENIZATÓRIO. VALOR RAZOÁVEL E PROPORCIONAL. REDUÇÃO

**INDEVIDA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.
DESPROVIMENTO DO RECURSO.**

- É indiscutível a incidência das disposições do Código de Defesa do Consumidor nas relações contratuais mantidas junto a operadoras de planos de saúde. As aludidas empresas, prestando o serviço objeto da contratação de maneira reiterada e mediante remuneração, enquadram-se perfeitamente no conceito de fornecedoras, conforme dispõe o art. 3º, § 2º, da Norma Consumerista.

- O Tribunal da Cidadania consolidou o entendimento de que deve ser observada as disposições da Lei nº 9.656/98 quando ao consumidor não foi dada a oportunidade de optar pela adaptação de seu contrato de seguro de saúde ao novo sistema.

- No que se refere ao dano de ordem moral, revela-se caracterizado o prejuízo à esfera psíquica da parte, diante da recusa injustificada de cobertura do tratamento médico, extrapolando a esfera do mero aborrecimento ou dissabor cotidiano.

- Para a quantificação da indenização, deve-se levar em consideração os critérios de proporcionalidade e razoabilidade do montante fixado.

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos. **ACORDA** a Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, em sessão ordinária, negar provimento aos recursos, nos termos do voto do relator.

Trata-se de **Apelações Cíveis** interpostas por **Unimed João Pessoa** e pela **Unimed Campina Grande**, desafiando a sentença proferida pelo Juízo da 7ª Vara Cível da Comarca da Capital que, nos autos da **Ação de Obrigação de Fazer c/c Danos Morais** ajuizada por **João Alberto Pereira da Silva** em face das apelantes, julgou parcialmente procedente a demanda, nos seguintes termos:

“ISTO POSTO, confirmo a tutela antecipada anteriormente concedida e, nos termos do art. 487, I, do CPC, julgo PROCEDENTE o pedido formulado na inicial, condenando a UNIMED JOÃO PESSOA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO e UNIMED CAMPINA GRANDE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, ao custeio do tratamento médico indicado, confirmando, desde já, a tutela antecipada pleiteada.

Condeno, igualmente, os promovidos, ao pagamento a título de danos morais, a quantia de R\$ 5.000,00 (dez mil reais) e juros legais, acrescidos de correção monetária, nos termos da Súmula nº 362 do STJ, e juros de mora na forma do art. 406 do Código Civil (taxa selic) desde a citação, bem como ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, onde, para estes, arbitro em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, §3º, do CPC.”

Inconformada, a Unimed João Pessoa interpôs recurso de apelação (fls. 157/171), sustentando a sua ilegitimidade para figurar no polo passivo da demanda, sob o argumento de que o contrato foi firmado com a Unimed Campina Grande, bem como pelo fato de serem pessoas jurídicas diversas, inexistindo responsabilidade solidária entre ambas.

Também insatisfeita, a Unimed Campina Grande aviou recurso (fls. 209/230), sustenta a inaplicabilidade da Lei nº 9.656/98 ao caso concreto, uma vez que o contrato foi celebrado entre as partes anteriormente a sua vigência.

Defende que inexistente cobertura contratual para os exames reivindicados pelo apelado, motivo pelo qual não há que se falar em ato ilícito e, conseqüentemente, em indenização por danos morais. Ainda afirma que o mero inadimplemento contratual não enseja a reparação por dano moral, posto que não passa de mero dissabor do cotidiano. Ao final, pleiteia que, caso mantida a condenação, o valor arbitrado a título de danos extrapatrimoniais deve ser reduzido.

Contrarrazões apresentadas (fls. 237/241).

A Procuradoria de Justiça ofertou parecer, opinando pelo desprovimento do recurso apelatório (fls. 246/250).

É o relatório.

VOTO.

Primeiramente, cumpre registrar que a sentença apelada fora prolatada após a vigência do Código de Processo Civil de 2015, devendo-se, pois, observar os novos regramentos acerca dos requisitos de admissibilidade dos meios de impugnação de decisão judicial, conforme Enunciado Administrativo nº 3 do Superior Tribunal de Justiça. Assim sendo, preenchidos os pressupostos de admissibilidade, conheço dos apelos.

- Da Primeira Apelação

A Unimed João Pessoa interpôs o recurso de apelação sustentando, tão somente, a sua ilegitimidade para figurar no polo passivo, tendo em vista que não mantém vínculo com o autor e é pessoa jurídica

diversa e independente da Unimed Campina Grande, de quem adveio a negativa de cobertura dos exames solicitados, devendo, portanto, o processo ser extinto sem apreciação do mérito, nos termos do art. 485, inciso VI, do NCPC.

Pois bem.

Reza o art. 17 do Código de Processo Civil: “*Para postular em juízo é necessário ter interesse e legitimidade*”. Assim, para que magistrado possa aferir a quem cabe a razão no processo, adentrando ao mérito da causa, deve antes analisar a presença das condições da ação e dos pressupostos processuais.

Dentre as condições da ação se encontra a legitimidade para a causa, consistente na qualidade da parte de demandar e ser demandada, ou seja, de estar em juízo. Ou seja, a legitimidade exigida para o exercício do direito de ação depende, em regra, da relação jurídica de direito material havida entre as partes.

Segundo os ensinamentos de Cândido Rangel Dinamarco:

“Legitimidade ad causam é qualidade para estar em juízo, como demandante ou demandado, em relação a determinado conflito trazido ao exame do juiz. Ela depende sempre de uma necessária relação entre o sujeito e a causa e traduz-se na relevância que o resultado desta virá a ter sobre sua esfera de direitos, seja para favorecê-la ou restringi-la. Sempre que a procedência de uma demanda seja apta a melhorar o patrimônio ou a vida do autor, ele será parte legítima; sempre que ela for apta a atuar sobre a vida ou patrimônio do réu, também esse será parte legítima. Daí conceituar-se essa condição da ação como relação de legítima adequação entre o sujeito e a causa.” (Instituições de Direito Processual Civil, 4ª ed., São Paulo: Malheiros Editores, Vol. II, p.306).

A propósito, trago à baila a lição de Fredie Didier Jr:

*“(…)
A todos é garantido o direito constitucional de provocar a atividade jurisdicional. Mas ninguém está autorizado a levar a juízo, de modo eficaz, toda e qualquer pretensão, relacionada a qualquer objeto litigioso. Impõe-se a existência de um vínculo entre os sujeitos da demanda e a situação jurídica afirmada, que lhes autorize a gerir o processo em que esta será discutida. Surge, então, a noção de legitimidade ad causam.*

(…)Essa noção revela os principais aspectos da

legitimidade ad causam: a) trata-se de uma situação jurídica regulada pela lei ('situação legitimante'; 'esquemas abstratos'; 'modelo ideal', nas expressões normalmente usadas pela doutrina); b) é qualidade jurídica que se refere a ambas as partes do processo (autor e réu); c) afere-se diante do objeto litigioso, a relação jurídica substancial deduzida - 'toda legitimidade baseia-se em regras de direito material', embora se examine à luz da situação afirmada no instrumento da demanda".(DIDIER JR., Fredie. Curso de Direito Processual Civil: teoria geral do processo e processo de conhecimento, vol. 1, 11ª ed., Salvador: Editora JusPodivm, 2009, págs. 185-186 – grifou-se).

No caso dos autos, em que pese os argumentos da apelante, entendo que deve ser mantida a decisão de primeiro grau que reconheceu a legitimidade da Unimed João Pessoa para figurar no polo passivo da demanda.

Isso porque, apesar de o autor ser usuário do plano de saúde firmado por meio da Universidade Estadual da Paraíba com a Unimed Campina Grande, tanto a Unimed João Pessoa quanto a Unimed Campina Grande são cooperativas que integram o mesmo Sistema Unimed, isto é, o mesmo grupo econômico e, por isso, a apelante tem legitimidade passiva, por ser responsável solidária e existir intercâmbios entre as cooperativas.

Esclareço, por oportuno, que, aos olhos do consumidor, a empresa Unimed é uma só, mesmo que regionalizada pelo desempenho de suas atividades, devendo, neste caso, ser aplicada a teoria da aparência.

A propósito, colaciono precedente do Tribunal da Cidadania:

“RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL (CPC/73). AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. SOCIEDADES COOPERATIVAS. UNIMED. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. 1. "O fato de várias sociedades explorarem uma mesma marca, ainda que com personalidades jurídicas distintas. Por não ter havido a informação clara ao consumidor acerca de eventuais diferenças no conteúdo dos serviços ou na cobertura oferecida por cada uma., traz como consequência a possibilidade de serem acionadas a responder solidariamente pelas obrigações contratadas por qualquer delas ". (REsp 1377899/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/12/2014, DJe 11/02/2015). 2. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.” (STJ; REsp 1.556.738; Proc. 2015/0239166-3; PB; Terceira Turma; Rel. Min.

Paulo de Tarso Sanseverino; DJE 21/09/2017).

Esta Corte de Justiça já aplicou a teoria da aparência e a existência de intercâmbio entre as cooperativas, senão vejamos:

“AGRAVOS RETIDOS E APELO. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. RELAÇÃO JURÍDICA FIRMADA COM A UNIMED JOÃO PESSOA. INSUBSISTÊNCIA. SOLIDARIEDADE. REJEIÇÃO. DEMAIS QUESTÕES. RAZÕES GENÉRICAS E AUSÊNCIA DE CONFRONTO DIRETO COM OS FUNDAMENTOS DA SENTENÇA. OFENSA AO PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE. JUÍZO DE ADMISSIBILIDADE. MATÉRIA DE ORDEM PÚBLICA. DESPROVIMENTO DE AGRAVOS RETIDOS E NEGATIVA DE SEGUIMENTO AO RECURSO APELATÓRIO. De acordo com a abalizada Jurisprudência desta Corte, “Do cotejo da relação, aplicada a teoria da aparência, verifica-se a existência de um grupo econômico organizado que presta serviços de assistência médica sob a marca nacional ‘Unimed’, não se revelando legítima a pretensão de fatiamento da responsabilidade pela relação contratual a cada cooperativa que firma a adesão dos conveniados em sua respectiva localidade” (TJPB, 01228302420128150011, 1ª CC, Rel. DESA. MARIA DE FÁTIMA MORAES B. CAVALCANTI, 23/03/17). Quanto às demais questões ventiladas no apelo, exsurge a salutar negativa de seguimento ao mesmo, eis que não impugna específica e objetivamente as razões da sentença, incorrendo em manifesta infração ao princípio da dialeticidade. Com efeito, compulsando-se a petição do recurso, observa-se que o recorrente dirige seu inconformismo contra temas excessivamente genéricos ou não debatidos na sentença, insuficientes para atacar os fundamentos da decisão. À luz do art. 85, § 11, do CPC, “O tribunal, ao julgar recurso, majorará os honorários fixados anteriormente levando em conta o trabalho adicional realizado em grau recursal, observando, conforme o caso, o disposto nos §§ 2º a 6º, sendo vedado ao tribunal, no cômputo geral da fixação de honorários devidos ao advogado do vencedor; ultrapassar os respectivos limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º à fase de conhecimento”. (TJPB; APL 0004722-65.2014.815.0011; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. João Alves da Silva; DJPB 18/09/2017; Pág. 22).

Assim sendo, não merece acolhimento os argumentos da apelante, devendo ser mantido o entendimento do magistrado de primeiro grau, que reconheceu a legitimidade passiva da Unimed João Pessoa.

- Da Apelação da Unimed Campina Grande

Consoante relatado, o magistrado sentenciante julgou parcialmente procedente a demanda, condenando as promovidas (UNIMED João Pessoa e Campina Grande) ao custeio do tratamento médico prescrito para o apelado, bem como ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

A apelante sustenta a inaplicabilidade da Lei nº 9.656/98 ao caso concreto, uma vez que o contrato foi celebrado entre as partes anteriormente a sua vigência. Defende que inexistente cobertura contratual para os exames reivindicados pelo apelado, motivo pelo qual não há que se falar em ato ilícito e, conseqüentemente, em indenização por danos morais.

Ainda afirma que o mero inadimplemento contratual não enseja a reparação por dano moral, posto que não passa de mero dissabor do cotidiano. Ao final, pleiteia que, caso mantida a condenação, o valor arbitrado a título de danos extrapatrimoniais deve ser reduzido.

Prefacialmente, importante ressaltar que a relação jurídica entre a operadora de plano de assistência à saúde e o contratante de dos serviços é regida pela Lei nº 9.656/98 e pelo Código Consumerista, em consonância com o teor da Súmula nº 469 do STJ, que dispõe: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.”*

Outrossim, as normas do Código Consumerista são aplicadas aos planos de saúde cujos contratos tenham sido celebrados anteriormente à vigência do referido estatuto, mas que foram renovados, por se tratar de obrigação de trato sucessivo.

O Código de Direito do Consumidor, ao consagrar os princípios da boa-fé, da confiança, da hipossuficiência consumerista e da vulnerabilidade, trouxe importantes inovações no âmbito das relações contratuais, permitindo o restabelecimento de uma igualdade e um equilíbrio entre o consumidor e o fornecedor. Este dispõe ordinariamente de melhores condições técnicas, econômicas e intelectuais para perseguir seus interesses, impondo ao usuário o maior número possível de desvantagens em seu exclusivo benefício, com o agravamento, em contrapartida, da posição da parte mais frágil, que é o consumidor.

Nesse diapasão, oportuno lembrar que a lei consumerista é norma de ordem pública e de interesse social, haja vista seu honroso mister de promover uma realidade social mais justa e igualitária. Aplica-se, via consequência, obrigatoriamente às relações por ela regulada, sendo inderrogáveis pela vontade dos contratantes.

Sob esse horizonte, apreciemos o disposto nos arts. 46 e 47 do Código de Defesa do Consumidor:

“Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigam os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.

Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.” (grifo nosso).

Por outro lado, o Tribunal da Cidadania consolidou o entendimento de que deve ser observada as disposições da Lei nº 9.656/98 quando ao consumidor não foi dada a oportunidade de optar pela adaptação de seu contrato de seguro de saúde ao novo sistema, vejamos:

“CIVIL. CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. Recurso manejado na vigência do ncp. Ação declaratória. Plano de saúde. Negativa de cobertura de materiais, sob a alegação de expressa exclusão contratual. Contrato anterior à Lei nº 9.656/98. Oferta de adaptação ao consumidor. Não comprovação. Abusividade reconhecida. Acórdão em consonância com a jurisprudência dominante desta corte. Incidência da Súmula nº 568 do STJ. Agravo conhecido. Recurso Especial conhecido e não provido.” (STJ; AREsp 1.257.508; Proc. 2018/0049521-0; PR; Rel. Min. Moura Ribeiro; Julg. 27/03/2018; DJE 05/04/2018; Pág. 4541).

No mesmo sentido, trago à baila precedente deste Tribunal de Justiça:

“INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA CONTRATUAL. EXCLUSÃO DA COBERTURA DE EXAME PRESCRITO PELO MÉDICO QUE ACOMPANHA A PACIENTE. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. APELAÇÃO DA RÉ. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME. IMPRESCINDIBILIDADE DO PROCEDIMENTO PARA O EXATO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DA SEGURADA. FALTA DE REGULAMENTAÇÃO DO PLANO CONTRATADO. IRRELEVÂNCIA. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. FINALIDADE DO CONTRATO. MANUTENÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE DA

CONTRATANTE. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE COBERTURA CONTRATUAL DO EXAME PLEITEADO. ESPECIALIDADE MÉDICA COBERTA. ABUSIVIDADE MANIFESTA DA CLÁUSULA RESTRITIVA DE DIREITOS. PRECEDENTES DESTE TRIBUNAL. DANOS MORAIS. INJUSTA RECUSA DE COBERTURA DE SEGURO-SAÚDE. SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E DE ANGÚSTIA DO SEGURADO. PRECEDENTES DO STJ. DESPROVIMENTO. APELAÇÃO DA AUTORA. PLEITO DE MAJORAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. FIXAÇÃO EM PATAMAR RAZOÁVEL, CONDIZENTE COM AS CIRCUNSTÂNCIAS DO CASO E DENTRO DOS PARÂMETROS UTILIZADOS NOS PRECEDENTES DOS ÓRGÃOS FRACIONÁRIOS DESTE TJPB EM CASOS ANÁLOGOS. RECURSO DESPROVIDO. 1. São nulas de pleno direito as cláusulas contratuais tendentes a esvaziar a substância da avença, retirando do consumidor o gozo de vantagens decorrentes, diretamente, do que foi acordado, desequilibrando a equação econômico-financeira, art. 51, §1º, II, do Código de Defesa do Consumidor. 2. Se uma doença é coberta pelo plano de saúde, a fornecedora não pode limitar as formas de seu tratamento, consoante prescrição médica do profissional que acompanha o paciente, segundo as técnicas mais modernas, sob pena de tornar inócua a manutenção da vida e da saúde, objeto primaz do contrato. Precedentes do STJ. 3. “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 0002689-67.2013.815.0131; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira; DJPB 25/09/2017; Pág. 8).

Do acervo probatório coligido ao encarte processual, restou indene de dúvidas a celebração de contrato de plano de saúde entre a Universidade Estadual da Paraíba e a Unimed Campina Grande, bem como incontroversa a negativa da operadora em autorizar os exames solicitados pelo médico especialista.

Em que pese as alegações da recorrente, esta não se desincumbiu do ônus de comprovar que ofereceu ao apelado a oportunidade de adequar o seu contrato à nova norma, motivo pelo qual não se justifica a negativa da cobertura contratual sob o fundamento de inaplicabilidade das disposições da Lei nº 9.656/98 aos planos não regulamentados.

Outrossim, importante ressaltar que a própria operadora de plano de saúde, em sua peça de defesa, afirmou que “*caso a UEPB tivesse manifestado expressamente o desejo de regulamentar seu instrumento contratual, um maior número de procedimentos, dentre eles os objetos da presente demanda, estariam presentes no contrato firmado. Tal rol é constantemente atualizado por intermédio das diversas resoluções normativas advindas da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar*” (fls. 56 – grifo nosso).

Nesse contexto, entendo como injustificada a recusa da apelante em autorizar os exames solicitados pelo médico de que necessita o apelado, sob o argumento de que o contrato firmado entre as partes não prevê a cobertura, bem como pelo fato de não ser o referido negócio regulamentado pela Lei nº 9.656/98.

Acrescente-se, por oportuno, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal, de tal sorte que as empresas privadas que se dispõem a desempenhar tal tarefa deverão fazê-lo da melhor maneira possível, de modo a possibilitar uma prestação integral e satisfatória aos seus segurados/beneficiários.

Da argumentação acima alinhavada, mostrando-se ilegítima a negativa do plano em autorizar os exames solicitados, razão pela qual não merece reparo a sentença que condenou as promovidas ao custeio dos exames.

No que se refere ao dano moral sofrido pelo autor, decorrente do ato demonstradamente ilícito cometido pelas promovidas, afigura-se igualmente patente, não sendo preciso realizar grande esforço para enxergar que se encontra manifestamente configurado, tendo em vista a forma constrangedora e injustificável de atuação do plano de saúde, provocando uma situação claramente vexatória e desrespeitosa, cuja dor e sensação negativa foram suportadas pelo autor, ora apelado.

Com efeito, mesmo que o mero descumprimento contratual não seja causa geradora de dano moral indenizável, o entendimento jurisprudencial assente no Superior Tribunal de Justiça, é no sentido de que a injusta recusa de cobertura de seguro saúde dá direito ao segurado ao ressarcimento dos danos extrapatrimoniais sofridos, tendo em vista que 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.

Observe-se que o autor é idoso e apresenta graves problemas respiratórios (fibrose pulmonar), necessitando realizar exames periodicamente

para acompanhar a evolução do seu quadro, como afirmado pelo médico (fls. 25), sendo notório que as circunstâncias lhe causaram grande abalo, sofrimento e angústia, pois mesmo pagando o plano de saúde por alguns anos, quando mais precisa dos serviços, teve a cobertura de seus exames negada.

Por isso, levando-se em consideração a dor causada pela recusa, injustificada, do plano de saúde em prestar os serviços médicos necessários, cabível a indenização por danos morais, em observância aos princípios da dignidade da pessoa humana e do direito social à saúde.

A orientação jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça em torno do assunto, não discrepa da presente decisão traçada, confira-se:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. IMPLANTAÇÃO DE MARCAPASSO. CUSTEIO DE CIRURGIA COM MATERIAL REQUERIDO PELO MÉDICO DA SEGURADA. RECUSA INJUSTIFICADA. NATUREZA ABUSIVA. DANO MORAL. QUANTUM INDENIZATÓRIO. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE REEXAME DE PROVAS. SÚMULA Nº 7/STJ. NEGADO PROVIMENTO. 1. A eg. Corte de origem, com base nos elementos fático-probatórios constantes nos autos, consignou que ficou cabalmente demonstrada nos autos a negativa de cobertura de cirurgia com material requerido pelo médico da parte autora por parte da empresa de plano de saúde. 2. A reversão do julgado, no sentido de reconhecer que não houve a referida recusa por parte da agravante, é inviável para esta eg. Corte de Justiça, tendo em vista a necessidade de se reexaminar o contexto fático-probatório dos autos, providência, todavia, incabível, a atrair a incidência da Súmula nº 7 do Superior Tribunal de Justiça. 3. Ademais, nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento do segurado, como ocorrido no presente caso, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento. Precedentes. 4. 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 - recusa do plano de saúde em custear cirurgia com material requerido pelo médico da autora. 5. Agravo interno

ao qual se nega provimento.” (STJ; AgInt-AREsp 1.202.776; Proc. 2017/0298718-0; AM; Quarta Turma; Rel. Des. Fed. Conv. Lázaro Guimarães; Julg. 22/03/2018; DJE 03/04/2018; Pág. 2832).

E,

“AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE CÂNCER. Prescrição médica de radioterapia conformada tridimensional (RCT-3d) com acelerador linear. Negativa de cobertura. Recusa injustificada e abusiva. Danos morais. Ocorrência. Entendimento dominante desta corte superior. Súmula nº 568/STJ. Recurso Especial provido.” (STJ; REsp 1.711.355; Proc. 2017/0299026-7; PR; Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino; Julg. 12/03/2018; DJE 05/04/2018; Pág. 4802).

Reconhecido o dano, passo a analisar valor do *quantum* indenizatório que 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 caso em apreciação, o montante R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) se revela condizente para o atendimento da finalidade reparatória do dano moral, considerando as peculiares circunstâncias dos autos, não merecendo prosperar o pleito de redução do valor.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO às apelações**, mantendo todos os termos da sentença.

Por via de consequência, nos termos do art. 85, §11, do CPC/2015, majoro os honorários advocatícios de sucumbência para o importe de 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação.

É COMO VOTO.

Participaram do julgamento, o Exmo. Des. Luíz Silvio Ramalho Júnior, o Exmo Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos, e o Exmo. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho. 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, 22 de maio de 2018.

Oswaldo Trigueiro do Valle Filho
Desembargador Relator