



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

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0000660-10.2014.815.0131.

Relator : *Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho.*

Origem : *5ª Vara Mista de Cajazeiras.*

Apelante : *GEAP Autogestão em Saúde.*

Advogado : *Nelson Wilians Fratoni Rodrigues – OAB/PB nº 128.341.*

Apelado : *Vicente Ferrer Gomes.*

Advogado : *Cláudio Roberto Lopes Diniz – OAB/PB nº 8.023.*

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. NÃO INCIDÊNCIA DAS NORMAS CONSUMERISTAS. MODELO DE ACESSO RESTRITO A GRUPO DETERMINADO DE PESSOAS. PROIBIÇÃO DE COMERCIALIZAÇÃO. FINS NÃO LUCRATIVOS. TUTELA DO EQUILÍBRIO ATUARIAL E DO PRINCÍPIO DA SOLIDARIEDADE. INAPLICABILIDADE DO PLANO DE REFERÊNCIA. PRECEDENTES DO STJ. APLICAÇÃO DAS REGRAS DO CÓDIGO CIVIL EM MATÉRIA CONTRATUAL. PROCEDIMENTO MÉDICO. PACIENTE QUE NECESSITA SER SUBMETIDO A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO MEDIANTE A UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO “LUCENTIS”. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS DE APLICAÇÃO DO MEDICAMENTO PARA O CASO DO AUTOR. IRRELEVÂNCIA. LISTA NÃO TAXATIVA. INTERPRETAÇÃO ABUSIVA EM DESFAVOR DA USUÁRIA. RISCO DE PERDA IRREVERSÍVEL DA VISÃO. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. CUSTEIO DEVIDO. INDENIZAÇÃO POR DANOS

MORAIS. RECUSA INJUSTIFICADA. ABALO PSICOLÓGICO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. VALOR RAZOÁVEL E PROPORCIONAL. JUROS MORATÓRIOS. TERMO INICIAL. RESPONSABILIDADE CONTRATUAL. CITAÇÃO. PROVIMENTO PARCIAL DO APELO.

- A evidente diferença estrutural existente entre os planos de autogestão, de acesso restrito a um grupo determinado, daqueles comercializados por operadoras que oferecem seus produtos ao mercado geral e objetivam o lucro, não deve ser relevada pelo operador do direito. Via de consequência, entender pela aplicabilidade das normas consumeristas neste modelo de gestão, no qual inexistente relação de consumo, indubitavelmente ocasionaria o desequilíbrio atuarial do plano de saúde, violando o princípio da solidariedade, próprio à sua constituição, onerando os demais beneficiários não envolvidos na lide.

- *“Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.”* (REsp 1285483/PB, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 22/06/2016, DJe 16/08/2016).

- O fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois trata-se de rol exemplificativo.

- É entendimento assente na jurisprudência do STJ no sentido de que a injusta recusa de cobertura de plano de 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.

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

- *“Consoante jurisprudência desta Corte, nos casos de responsabilidade contratual, o termo inicial dos juros de mora é a data da citação, no percentual de*

1% após a vigência do Código Civil de 2002. De igual forma, em se tratando de indenização por danos morais decorrentes de obrigação contratual, os juros de mora são devidos a partir da citação”.
(STJ, AgInt no AREsp 1106098/RS, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, DJe 26/10/2017).

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

Trata-se de **Apelação Cível** interposta pela **Geap Autogestão em Saúde** contra a sentença (fls. 140/142) que, nos autos da **Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenização** ajuizada por **Vicente Ferrer Gomes** em face da apelante, julgou parcialmente procedentes os pedidos, nos seguintes termos:

“Diante do exposto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos de VICENTE FERRER GOMES para RATIFICAR A LIMINAR CONCEDIDA e CONDENAR a ré, GEAP - FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL, na obrigação de promover a autorização de realização de tratamento ocular quimioterápico com antiangiogenico, sob pena de multa na forma arbitrada à fl. 31; bem como a COMPENSAR o autor em DANOS MORAIS que fixo em R\$ 13.000,00 (treze mil reais) a serem corrigidos pelo INPC a partir da data desta decisão e onerados com juros de 1% ao mês desde a data da recusa (11 de fevereiro de 2014). Por conseguinte EXTINGO o processo com julgamento de mérito nos moldes do art. 487, I, do CPC/2015.

Tendo em vista que o autor sucumbiu apenas formalmente (súmula 326, STJ), condeno exclusivamente o réu em custas processuais e honorários advocatícios que fixo em 15% sobre o valor da condenação, percentual mediano considerando o tempo de duração do processo, a instrução probatória e a complexidade jurídica e fática da lide. Assim o faço na forma dos arts. 85, caput, e §2º do CPC/15”.

Inconformada, a GEAP interpôs recurso de apelação (fls. 145/170), discorrendo acerca de sua natureza jurídica enquanto autogestão em plano de saúde. Sustenta a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e a inexistência de ato ilícito devido ao procedimento solicitado não constar no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Por

fim, defende a inoccorrência de danos morais na espécie ou, caso mantida a condenação, pugna pela redução do *quantum* arbitrado e que os juros de mora incidam a partir da data do arbitramento.

Contrarrazões apresentadas (fls. 190/193).

A Procuradoria de Justiça, em parecer de lavra do Dr. Valberto Cosme de Lira (fls. 197/201), opinou pelo desprovimento do apelo.

É o relatório.

VOTO.

De início, 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 do apelo, passando à análise de seus argumentos.

Consoante relatado, a GEAP, irressignada com a sentença que determinou a obrigação de promover a autorização de realização de tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, bem como a pagar, a título de danos morais, o valor de R\$ 13.000,00 (treze mil reais), interpôs o presente recurso apelatório, arguindo em síntese: a) a sua natureza jurídica enquanto autogestão em plano de saúde; b) inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor; c) ausência de previsão no rol da ANS; d) inexistência de ato ilícito; e) inoccorrência de danos morais; f) necessidade de redução do *quantum* arbitrado a título de indenização, em caso de manutenção; g) incidência de juros de mora a partir da data do arbitramento.

Pois bem. Iniciemos o estudo do caso posto.

Conforme enunciado da Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.*”

Entrementes, a própria Corte Superior de Justiça, em recentes julgados, estudando com maior cautela os planos de saúde de autogestão, vêm excluindo desses a incidência das normas protetivas consumeristas, sob pena de violar o equilíbrio atuarial e o princípio da solidariedade que justificaram sua constituição, onerando assistidos não envolvidos na lide e desrespeitando normas e regulamentos criados para que a assistência à saúde seja viável para todos os associados. Assim vejamos:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OPERADORA NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA.

1. A Segunda Seção, quando do julgamento do Recurso Especial 1.285.483/PB, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016, firmou o entendimento no sentido de que "não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo".

2. Tendo a Corte local decidido a causa exclusivamente à luz do Código de Defesa do Consumidor, fica prejudicada a análise das questões suscitadas das razões do recurso especial, de modo que é necessário o retorno dos autos à Corte de origem, para novo julgamento do recurso de apelação, ante a vedação da interpretação de cláusulas contratuais e reexame de fatos e provas (Súmulas 5 e 7 do STJ).

3. Agravo interno a que se nega provimento.!"

(AgInt no AREsp 943.838/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 20/06/2017, DJe 27/06/2017).

“RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC.

1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários.

2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro.

3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.

4. Recurso especial não provido.” (REsp 1285483/PB, Rel. Ministro LUIS FELIPE

SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 22/06/2016, DJe 16/08/2016).

Com a devida vênia, coaduno o entendimento supramencionado, pelos fundamentos que passo a expor.

Em passado recente, o Superior Tribunal de Justiça entendia que as normas do CDC aplicavam-se as relações entre filiados e operadoras de plano de saúde de autogestão, sem fins lucrativos, porquanto a tese de que a relação de consumo se caracterizaria pelo objeto contratado, *in casu*, assistência médico-hospitalar, sendo irrelevante a natureza jurídica adotada por eles.

Entrementes, uma nova perspectiva foi trazida àquela Corte pela Ministra Maria Isabel Gallotti, em uma questão de ordem: a evidente diferença estrutural existente entre os planos de saúde oferecidos pelas entidades construídas sob aquele modelo, de acesso restrito a um grupo determinado, daqueles comercializados por operadoras que oferecem seus produtos ao mercado geral e objetivam o lucro.

Nos termos da Lei n. 9656/1998, a assistência médica e hospitalar privada é prestada, principalmente por meio de seguros e planos de assistência à saúde, estes distribuídos em quatro modalidades: medicinas de grupo, cooperativas médicas, planos próprios de empresas e autogestões.

Dentre as quatro categorias acima citadas, apenas os planos de saúde constituídos sob a modalidade de autogestão, não visam o lucro. São planos próprios das empresas, dos sindicatos ou das associações ligadas a trabalhadores, que administram por si mesmas os programas de assistência médica, sendo consideradas não comerciais.

A Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conceitua a modalidade de autogestão de assistência privada à saúde.

Afere-se da citada Resolução, pois, que as autogestões deverão possuir gestão própria através de órgãos internos das empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, estabelecida precipuamente para este fim.

Percebe-se, pois, ser característica indispensável as essas pessoas jurídicas, a inexistência de fins lucrativos. Em razão deste perfil e da necessidade de tornar eficiente a utilização do recurso arrecadado, em geral adota-se a coparticipação para o pequeno risco e a autorização administrativa, tanto para procedimentos de alto custo, como para internações eletivas, podendo os planos serem financiados exclusivamente pelo empregador, pelo empregador e pelo empregado, ou exclusivamente pelos beneficiários.

Outro ponto importante a ser considerado, é que as empresas de autogestão não podem oferecer seus planos no mercado de consumo, ficando restrito a determinado grupo de beneficiários, nos termos do art. 2º da Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde

Suplementar, acima declinado.

Nesses termos, considerando a ausência de finalidade lucrativa e de concorrência do mercado, o legislador, não por acaso, excluiu das autogestões a obrigatoriedade do oferecimento do plano referência, previsto na Lei nº 9.656/1998.

É sabido que o plano referência dispõe de uma série de procedimentos mínimos que devem ser ofertados pelas operadoras de planos de saúde, requisitos inegociáveis pelas vontades das partes. Trata-se de um plano básico de oferecimento obrigatório, exceto na autogestão.

De fato, tal exclusão resulta do próprio modelo das autogestões, uma vez que o plano referência, além de garantir ao consumidor “um mínimo” no atendimento a sua saúde, também fomenta a concorrência entre as operadoras que, disponibilizando serviços quase idênticos, diferenciam-se no mercado pelos preços ofertados.

Diante desse cenário, estudiosos do direito consumerista enxergam nesta peculiaridade, motivo o suficiente para afastar a incidência das normas protetivas do consumidor aos beneficiários dos planos de autogestão, porquanto ausentes requisitos essenciais à caracterização do serviço de consumo, quais sejam: **fornecimento no mercado de consumo, sua comercialização, a exigência da remuneração e, ainda, a relação de hipossuficiência entre as partes.**

Acerca deste último requisito, urge destacar que, de fato, inexistente hipossuficiência na relação jurídica estabelecida entre os assistidos e as entidades de autogestão, que tão somente administram recursos, diga-se, reduzidos em comparação às demais modalidades, destinados exclusivamente ao custeio dos serviços médico-hospitalares. Ademais, os beneficiários da autogestão são, em verdade, os próprios proprietários da empresa autogestionada.

Assim, diante de todo o exposto, a meu sentir há diferenças importantes entre os planos de autogestão e as demais modalidades que não podem ser objurgadas pelo operador do direito. Ora, não custa repetir que embora ambas celebrem contratos de assistência privada à saúde, apenas as comerciais operam em regime de mercado (concorrência), visando auferir proveito econômico, inexistindo qualquer especificidade para seus participantes.

Efetivamente, a aplicabilidade das normas consumeristas nesse modelo de gestão, indubitavelmente ocasionaria o desequilíbrio atuarial, violando o princípio da solidariedade, próprio à sua constituição, onerando os demais beneficiários não envolvidos na lide.

Enfatizo, por oportuno, o princípio da Isonomia, que apregoa a igualdade de tratamento para pessoas que se encontram numa mesma situação, tratando desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades.

Desta feita, a equidade que ressoa após o estudo ora posto, é a da não aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor às relações entre beneficiários e planos de saúde de autogestão.

Pontua-se, contudo, que “o fato da administração por autogestão afastar a aplicação do CDC não atinge o princípio da força obrigatória do contrato (*pacta sunt servanda*); e, a aplicação das regras do Código Civil em matéria contratual, tão rígidas quanto a legislação consumerista.” (REsp 1644829/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/02/2017, DJe 23/02/2017).

Afastada a incidência do CDC, cumpre averiguar o caso específico à luz do Código Civil.

Na hipótese dos autos, verifica-se que o apelado é idoso e portador de diabetes, encontrando-se com sérios problemas nos olhos. Ao realizar consulta com oftalmologista, conveniado ao plano de saúde, e após submissão a exames (fls. 13/15), foi-lhe recomendado o tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico (*lucentis*).

O plano de saúde houve por bem negar a cobertura do referido procedimento, sob o fundamento de que não há previsão no rol da ANS do uso do medicamento *lucentis* para o caso do autor.

Razão não lhe assiste, contudo.

Isso porque, conforme é cediço, a ausência de previsão no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS), por si só, não obsta a cobertura do tratamento, uma vez que a referida lista não é taxativa, servindo apenas como referência para os planos de saúde.

Nesse sentido é o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça. Confira-se:

“AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. COBERTURA MÍNIMA. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. SÚMULA N. 83 DO STJ. DANO MORAL. NÃO IMPUGNAÇÃO DE FUNDAMENTO SUFICIENTE POR SI SÓ PARA A MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. SÚMULA N. 283 DO STF. QUANTUM INDENIZATÓRIO. SÚMULA N. 182/STJ.

1. Não é cabível a negativa de tratamento indicado pelo profissional de saúde como necessário à saúde e à cura de doença efetivamente coberta pelo contrato de plano de saúde.

2. O fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor.

3. É inviável agravo regimental que deixa de impugnar fundamento da decisão recorrida por si só suficiente para mantê-la. Incidência da Súmula n. 283 do STF.

4. "É inviável o agravo do art. 545 do CPC que deixa de atacar especificamente os fundamentos da decisão agravada" (Súmula n. 182 do STJ).

5. Agravo regimental parcialmente conhecido e desprovido."

(AgRg no AREsp 708.082/DF, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/02/2016, DJe 26/02/2016) – (grifo nosso).

Notório resta que a negativa da cobertura solicitada, necessária à saúde do paciente, restringe direito fundamental inerente à própria natureza do contrato, sobremodo diante do quadro clínico apresentado que demonstra risco de perda da visão do apelado.

Outrossim, se há no contrato cobertura para diabetes, não pode o plano de saúde restringir os meios que assegurem a efetividade de tratamentos relacionados a problemas dessa ordem, sendo plenamente abusiva a cláusula que limita a cobertura do procedimento considerado mais adequado pelo profissional de saúde.

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 beneficiário de receber integral assistência do plano de saúde.

Ainda saliente-se que não há comprovação de exclusão contratual de cobertura do tratamento postulado, de modo que as cláusulas restritivas não dão margem a interpretações extensivas.

Esta Corte de Justiça já se manifestou sobre o tema:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. FALECIMENTO DO AUTOR NO CURSO DO PROCESSO. PERDA SUPERVENIENTE DE OBJETO QUANTO À OBRIGAÇÃO DE FAZER. POSSIBILIDADE DE PROSEGUIMENTO DA DEMANDA QUANTO À

PRETENSÃO INDENIZATÓRIA. HABILITAÇÃO DOS HERDEIROS. PORTADOR DE DEGENERÇÃO MACULAR RELACIONADA AOS DOIS OLHOS. TRATAMENTO COM INJEÇÕES INTRAVITREAS LUCENTIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. IDOSO. CLÁUSULA LACUNOSA. AFRONTA AO ART. 46 DO CDC. TRATAMENTO. DANOS MATERIAIS COMPROVADOS. RESSARCIMENTO DEVIDO. NÃO CONHECIMENTO DE PARTE DO APELO, ANTE A PERDA SUPERVENIENTE DO OBJETO. DESPROVIMENTO NA PARTE CONHECIDA. Evidente a perda superveniente do objeto com relação à obrigação de fazer, quando falece o autor do processo que se submeteu a tratamento de saúde, tendo em vista tratar-se de direito personalíssimo. Impõe-se a manutenção da sentença que condena o plano de saúde ao pagamento dos danos materiais decorrentes do custeio do tratamento médico que o consumidor se viu obrigado a contratar, ante a negativa de cobertura.”
(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00599425720128152003, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator DESA. MARIA DAS GRAÇAS MORAIS GUEDES, j. em 28-11-2017).

Não almejamos 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, dos princípios da transparência, boa-fé, lealdade, probidade e eticidade.

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

Destaco, ainda, que os 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.

Por conseguinte, 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 contexto, verifica-se que os documentos carreados aos autos apontam a grave doença ocular do paciente, que necessita realizar o procedimento quimioterápico com antiangiogênico, mediante a utilização do medicamento “Lucentis”, o qual deverá ser cumprido de acordo com prescrição do profissional médico competente.

Ademais, como bem pontuado pelo magistrado sentenciante, “(...) o réu, a quem cabia de fato o ônus de comprovar o caráter experimental do tratamento solicitado, limitou-se a argumentar. Calha observar que o fato de não haver expressa menção do tratamento para a patologia do réu, não condiz com sua exclusão. Ou seja, afirmar que o tratamento com Lucentis foi incluído apenas para o DMRI (fls. 41, segundo parágrafo), não quer dizer que ele foi excluído para o tratamento de OVR.” (fls. 141).

Tenho, pois, que andou bem o Juiz sentenciante ao determinar o custeio pela apelante do procedimento em questão.

Nesta trilha, o comportamento da operadora do plano de saúde, que recusa a cobertura de tratamento médico constitui uma afronta ao segurado, que contrata um plano de saúde justamente para sentir-se acobertado em momentos de reveses.

Ora, tratando-se de pessoa acometida de sério problema ocular, resta patente o transtorno e o abalo psicológico sofridos ao se deparar com a não autorização de cobertura do seguro de saúde, não podendo tal fato ser colocado na vala comum do “mero aborrecimento”.

Conforme uníssono entendimento jurisprudencial e doutrinário, existem hipóteses excepcionais de indenização por dano moral, em que a falta de respeito à dignidade humana apresenta-se de tal forma evidente que a consequência de atos com tais características deflui da ordem natural dos acontecimentos.

Nessas situações, em face da clarividência dos eventos danosos, bastaria provar o fato originário e o seu respectivo nexos causal com o prejuízo verificado. Não se trata de uma presunção legal de existência de dano, mas de uma consequência natural, de um fato lógico que não pode ser ignorado pelo julgador.

Os danos morais, no caso, são *in re ipsa*, ou seja, prescindíveis de outras provas. Portanto, restando comprovada a conduta ilícita, culposa e comissiva por parte da apelante, bem como demonstrado o seu nexos de causalidade com o nítido prejuízo de cunho moral sofrido pelo recorrido, afigura-se patentemente existente o abalo de ordem moral visualizado pelo juízo de primeiro grau.

Seguindo o raciocínio esposado, declinamos os seguintes precedentes do STJ:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO. TRATAMENTO SOLICITADO PELO MÉDICO. RADIOTERAPIA. REVISÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL ABUSIVA. DANO MORAL. QUANTUM. RAZOABILIDADE. AGRAVO DESPROVIDO.

1. De acordo com a orientação jurisprudencial do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado.

2. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento do segurado, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento. Precedentes.

3. Agravo interno desprovido.” (AgInt no AREsp 1145015/PE, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 22/03/2018, DJe 02/04/2018).

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\$ 13.000,00 (treze mil reais) se revela condizente para o atendimento da finalidade reparatória do dano moral, considerando as peculiares circunstâncias dos autos.

No que se refere ao termo inicial dos juros de mora, em se tratando de responsabilidade civil de natureza contratual, deve corresponder à data da citação, por aplicação do art. 405 do Código Civil, não sendo o caso de aplicação da Súmula nº 54 do Superior Tribunal de Justiça, porquanto destinada à responsabilidade extracontratual.

Logo, em se verificando que o juízo *a quo* fixou juros de mora a partir da “*data da recusa (11 de fevereiro de 2014)*”, há de ser reformada em parte, para fixar como data de início da incidência dos juros moratórios a citação.

- Conclusão

Por tudo o que foi exposto, **DOU PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO APELATÓRIO**, apenas para alterar o termo inicial dos juros moratórios da indenização por danos morais, passando a incidir a partir da citação.

Em decorrência da modificação mínima do julgado, condeno as partes, na proporção de 90% (noventa por cento) para o promovido e 10% (dez por cento) para o autor, ao pagamento das custas e dos honorários advocatícios.

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