



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

ACÓRDÃO

AGRAVO INTERNO Nº. 0037291-42.2009.815.2001

Relator :Des. José Ricardo Porto
Agravante :Unimed João Pessoa - Cooperativa de Trabalho Médico
Advogados :Hermano Gadelha de Sá e Leidson Flamarion Torres Matos
Agravado : Manoel Pereira da Silva Filho
Advogado :Joaquim de Souza Rolim Júnior

AGRAVO INTERNO. INSURGÊNCIA EM FACE DE MONOCRÁTICA QUE NEGOU SEGUIMENTO AO APELATÓRIO DA COOPERATIVA MÉDICA E DEU PROVIMENTO AO RECURSO ADESIVO DO AUTOR. APELAÇÃO CÍVEL. UNIMED. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. EXCLUSÃO DE COBERTURA DE PARTO. PERÍODO DE CARÊNCIA. ARGUMENTO INFUNDADO. CARÁTER EMERGENCIAL DO PROCEDIMENTO. IMINENTE RISCO DE MORTE EVIDENCIADO. VIOLAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. ABUSIVIDADE CARACTERIZADA. PEDIDO DE REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO EXTRAPATRIMONIAL. QUANTUM FIXADO DE FORMA EQUÂNIME. IMPOSSIBILIDADE. RECURSO ADESIVO DO PROMOVIDO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS FIXADOS EM VALOR IRRISÓRIO. APRECIÇÃO EQUITATIVA. MAJORAÇÃO. PRECEDENTES DESTA CORTE E DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. ALEGAÇÕES DO REGIMENTAL INSUFICIENTES A TRANSMUDAR O ENTENDIMENTO ESPOSADO. DESPROVIMENTO DA SÚPLICA.

- A carência máxima admitida para tratamentos em casos de emergência que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente é de vinte e quatro horas (art. 12, V, "c", da Lei n. 9.656/1998). Nos planos hospitalares, a restrição do atendimento de emergência ao âmbito ambulatorial deve observar as carências máximas estipuladas em Lei (24h).

- Na linha dos precedentes do Superior Tribunal de Justiça, o período de carência contratualmente estipulado, pelos planos de saúde, não prevalece, diante de situações emergenciais graves, nas quais a recusa da cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado.
- 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.
- Não obstante o §4º, do art. 20 do CPC, conferir uma certa margem de discricionariedade ao Juiz na fixação dos honorários advocatícios, tal verba deve ser arbitrada equitativamente, consoante dicção legal, em vista os princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acima identificados:

ACORDA a Primeira Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, **NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO**.

RELATÓRIO

Trata-se de Agravo Interno (fls. 216/228) interposto pela **Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico** contra decisão monocrática desta Relatoria, lançada às fls. 206/2014, que, nos termos do art. 557, *caput* e §1º – A, do Código de Processo Civil, negou seguimento ao seu recurso apelatório e deu provimento a súplica adesiva do autor, nos autos da presente ação de obrigação de fazer proposta por Manoel Pereira da Silva Filho.

A agravante suscita novamente a reforma da decisão de primeiro grau, alegando que não restou configurada a hipótese de urgência e de risco de vida necessários para a realização do procedimento sem que o apelado cumprisse com a carência de 180 (cento e oitenta) dias, estabelecida pela cláusula VII do contrato celebrado entre as partes, o que impossibilitou a autorização da cirurgia pelo plano.

No final, requer que seja exercido o juízo de retratação, revogando a monocrática ou, caso contrário, seja o presente recurso posto em mesa, consoante determina o §1º, do art. 557, do Código de Processo Civil, a fim de que o colegiado o proveja.

É o breve relatório.

VOTO

Pois bem. Embora o Agravo Interno possua o chamado efeito regressivo, que permite ao julgador reconsiderar a decisão agravada, antes de apresentar os autos em sessão de julgamento, mantenho-a, em todos os seus termos, pelas razões nela expostas.

Vislumbro não merecer acolhimento o pleito, declinado através da presente irresignação, uma vez que o *decisum* recorrido encontra-se em sintonia com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, comportando julgamento monocrático, à luz da Lei Adjetiva Civil.

Saliente-se que, estando o recurso apelatório em confronto com entendimento do Tribunal Superior não haveria óbice ao julgamento singular, razão pela qual o ratifico, nos exatos termos e sob idêntico fundamento, cujo teor segue, *ipsis litteris*:

“DA APELAÇÃO DO PROMOVIDO

A matéria aqui tratada dispensa maiores delongas, porquanto plenamente pacificada por esta Corte e pelo Superior Tribunal de Justiça, comportando a análise meritória monocrática, na forma permissiva do caput, do art. 557, do Código de Processo Civil.

Vejamos, então, o que prescreve o referido dispositivo:

“O relator negará seguimento a recurso manifestamente inadmissível, improcedente, prejudicado ou em confronto com súmula ou com jurisprudência dominante do respectivo tribunal, do Supremo Tribunal Federal, ou de Tribunal Superior.”

Desembargador José Ricardo Porto

De início, importante ressaltar que, segundo a definição legal, constitui contrato de seguro "aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante paga de um prêmio, a indenizá-la pelo prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato" (Código Civil/1916, artigo 1.432), definição esta reproduzida, em outras palavras, pelo legislador de 2002, ao dispor o artigo 757 do NCCB que "pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados".

Daí se conclui que tal avença é formada a partir da promessa condicional de indenização de uma importância, prevista para a hipótese de ocorrência do sinistro.

Sabe-se, também, que o Código de Defesa do Consumidor tem inteira aplicação à espécie enfocada, consoante se depreende de seu artigo 3º, parágrafo 2º, litteris:

"Art. 3º. (...)

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista".

Sobre a aplicação das normas consumeristas ao contrato de seguro, nos ensina CLÁUDIA LIMA MARQUES, na sua obra "Contratos no Código de Defesa do Consumidor", 2ª edição, São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, 1995, p. 141:

"Resumindo, em todos estes contratos de seguro podemos identificar o fornecedor exigido pelo art. 3º do CDC, e o consumidor. Note-se que o destinatário do prêmio pode ser o contratante com a empresa seguradora (estipulante) ou terceira pessoa, que participará como beneficiária do seguro. Nos dois casos, há um destinatário final do serviço prestado pela empresa seguradora. Como vimos, mesmo no caso do seguro-saúde, em que o serviço é prestado por especialistas contratados pela empresa (auxiliar na execução do serviço ou preposto), há a presença do 'consumidor' ou alguém a ele equiparado, como dispõe o art. 2º e seu parágrafo único".

Como se vê, dúvidas não pairam a respeito da submissão dos contratos de seguro-saúde ao Código de Defesa do Consumidor, o que implica na obrigatoriedade das cláusulas estarem de acordo com o diploma legal em evidência, respeitando-se as formas de interpretação e elaboração contratuais, a fim de coibir desequilíbrios entre as partes.

Em seu apelo, a recorrente defende que a carência para

realização do procedimento cirúrgico pretendido, é de 180 (cento e oitenta) dias, conforme previsão na Cláusula VII, item 7.1, "e", devendo ser respeitada diante da inexistência de urgência e de risco de vida, mesmo admitindo se tratar de uma doença grave.

Pois bem. A restrição do atendimento de emergência deve observar as carências máximas estipuladas em Lei. Nesse sentido, transcrevo aresto esclarecedor do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. HÉRNIA INGUINAL ENCARCERADA. PLANO HOSPITALAR. PERÍODO DE CARÊNCIA. TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA. COBERTURA DEVIDA. 1. A carência máxima admitida para tratamentos de casos de emergência - que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente - é de vinte e quatro horas (art. 12, V, "c", da Lei n. 9.656/1998). 2. Nos planos hospitalares, a restrição do atendimento de emergência ao âmbito ambulatorial deve observar as carências máximas estipuladas em Lei (24h). APELO DESPROVIDO. (Apelação Cível Nº 70023453160, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Paulo Sérgio Scarparo, Julgado em 02/04/2008). Grifo nosso.

A teor da definição supra, coerente com as normas constantes do art. 12, § 2º, I, da Lei nº 9.656/98, é perfeitamente possível entender que o segurado necessitou se submeter a procedimento cirúrgico de emergência, envolvendo o seu quadro, além de risco de lesões irreparáveis, perigo para a própria vida, senão vejamos:

"Art.12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art.10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

(...)

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;"

E ainda:

"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I- de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional".

Desembargador José Ricardo Porto

Pela leitura dos dispositivos legais acima transcritos, tem-se que, para cobertura em casos de urgência e emergência, a lei não estabelece nenhum outro requisito ou condição, senão o cumprimento do prazo máximo de carência de 24 horas.

Assim, se a norma não prevê a possibilidade de nenhuma outra exigência ou limitação, além do prazo de referência, resulta que as seguradoras não estão autorizadas a fazê-lo, devendo, no caso concreto, prevalecer a previsão legal em detrimento de qualquer tipo de estipulação contratual em sentido contrário.

Quem, em sã consciência, dirá que um recém-nascido, com um quadro de Hidrocefalia Hipertensiva, poderia esperar o término de um prazo carencial, sem implicar aumento do risco de vida para o paciente? Negar a urgência do caso é recusar a lógica das coisas.

A cláusula de carência, enfocada pela apelante, não poderia, como não pode, sobrepor-se ao quadro de emergência apresentado pelo enfermo, que estava no pleno gozo de seus direitos de associado ao plano de saúde, inclusive daquele que previa a cobertura para casos de urgência.

Assim, configurada a hipótese de emergência no atendimento do segurado, que necessitava de imediata intervenção cirúrgica para o tratamento da doença, a operadora do plano de saúde está obrigada a cobrir o procedimento solicitado pelo médico, ainda que o fato ocorra durante o período de carência contratual.

Diante dessa realidade, cai por terra a alegação da irresignante, de que o conveniado não fazia jus à cobertura solicitada, bem como não merece guarida a tese da UNIMED de que não teria restado caracterizada a condição emergencial do atendimento.

Acerca do tema, colaciono decisões deste Egrégio Tribunal, que segue o mesmo entendimento, conforme se observa abaixo:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PARTO. PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO. RECUSA DE ATENDIMENTO. PERÍODO DE CARÊNCIA. EMERGÊNCIA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. NEGADO PROVIMENTO. O art. 12 da Lei nº 9.656/98 garante que, em caso de emergência, a satisfação do prazo de carência será de 24 (vinte e quatro) horas, sem mencionar qualquer limitação com relação à cobertura. Desse modo, o paciente deve ser atendido da forma mais eficaz, a fim de que lhe seja garantida sua saúde, vida e incolumidade. "Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em

plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida. " (RESP 466667/SP, Rel. Ministro aldir passarinho Junior, quarta turma, julgado em 27/11/ 2007, DJ 17/12/2007, p. 174). Comprovada que a situação em que o autor se encontrava era de emergência, mostra-se indevida a negativa da unimed, que contrariou cláusula contratual expressa no sentido de que o prazo de carência, para tal hipótese, é de 24 horas. (TJPB. Acórdão do processo nº 20020080377217001. Órgão (3ª Câmara Cível). Relator des. Genesio Gomes Pereira filho. J. Em 03/11/2009). O dano moral tem por objetivo representar para a vítima uma satisfação moral, uma compensação pelo dano subjetivo e, também, desestimular o ofensor da prática futura de atos semelhantes. Deste modo, o quantum indenizatório deve ser fixado analisando-se a repercussão dos fatos, devendo se ter por base os critérios da razoabilidade e proporcionalidade. (TJPB; AC 200.2009.014590-1/001; Rel. Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides; DJPB 29/03/2011; Pág. 7) Grifo nosso.

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PARTO. PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO. RECUSA DE ATENDIMENTO. PERÍODO DE CARÊNCIA. EMERGÊNCIA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. NEGADO PROVIMENTO. O art. 12 da Lei nº 9.656/98 garante que, em caso de emergência, a satisfação do prazo de carência será de 24 (vinte e quatro) horas, sem mencionar qualquer limitação com relação à cobertura. Desse modo, o paciente deve ser atendido da forma mais eficaz, a fim de que lhe seja garantida sua saúde, vida e incolumidade. "Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida. " (RESP 466667/SP, Rel. Ministro aldir passarinho Junior, quarta turma, julgado em 27/11/ 2007, DJ 17/12/2007, p. 174). Comprovada que a situação em que o autor se encontrava era de emergência, mostra-se indevida a negativa da unimed, que contrariou cláusula contratual expressa no sentido de que o prazo de carência, para tal hipótese, é de 24 horas. (TJPB. Acórdão do processo nº 20020080377217001. Órgão (3ª Câmara Cível). Relator des. Genesio Gomes Pereira filho. J. Em 03/11/2009). O dano moral tem por objetivo representar para a vítima uma satisfação moral, uma compensação pelo dano subjetivo e, também, desestimular o ofensor da prática futura de atos

semelhantes. Deste modo, o quantum indenizatório deve ser fixado analisando-se a repercussão dos fatos, devendo se ter por base os critérios da razoabilidade e proporcionalidade. (TJPB; AC 200.2009.014590-1/001; Rel. Des. Saulo Henriques de Sá e Benevides; DJPB 29/03/2011; Pág. 7) Grifo nosso.

CIVIL E CONSUMIDOR. APELAÇÃO. Ação de obrigação de fazer c/c danos morais. Plano de saúde. Unimed. Cobertura. Prazo de carência. Atendimento de emergência. Cláusula limitativa. Abusividade. Aplicabilidade das normas protetivas do CDC. Danos morais evidenciados. Desprovemento do apelo. Comprovada que a situação em que o autor se encontrava era de emergência, mostra-se indevida a negativa da unimed, que contrariou cláusula contratual expressa no sentido de que o prazo de carência, para tal hipótese, é de 24 horas. À luz do CDC e da Lei dos planos de saúde, as disposições dispostas no contrato que limitem o tempo de cobertura em casos de emergências. Revelam-se abusivas, pois atentam contra o objetivo precípua do referido contrato, frustrando o seu fim e configurando-se, ainda, em violação do direito à saúde, garantido constitucionalmente, uma vez que o tratamento médico emergencial não pode ser condicionado a prazos de carência superior ao previsto na Lei nº 9.656/98. Recurso adesivo. Sublevação do apelado. Majoração do valor da indenização moral. Possibilidade. Provedimento. O dano moral se projeta com maior nitidez e intensidade no âmago das pessoas, prescindindo, assim, de rigorosa demonstração probatória. Desse modo, provada a ilicitude do fato, necessária a indenização. -- 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 sem causa. (TJPB; AC-RA 200.2008.037721-7/001; Rel. Des. Genésio Gomes Pereira Filho; DJPB 11/11/2009; Pág. 6) Grifo nosso.

A jurisprudência também é pacífica no Superior Tribunal de Justiça:

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÕES EMERGENCIAIS GRAVES. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. I - Na linha dos precedentes desta Corte, o período de carência contratualmente estipulado pelos planos de saúde, não prevalece, excepcionalmente, diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado. II - No caso dos autos o seguro de saúde foi contratado em 27/10/03 para começar a vigor em 1º/12/03, sendo que, no dia 28/01/04, menos de dois meses depois do início da sua vigência e antes do decurso do prazo de 120 dias contratualmente fixado para internações, o segurado veio a necessitar de atendimento hospitalar emergencial, porquanto, com histórico de infarto, devidamente informado à seguradora por ocasião da assinatura

do contrato de adesão, experimentou mal súbito que culminou na sua internação na UTI. III - Diante desse quadro não poderia a seguradora ter recusado cobertura, mesmo no período de carência. IV - Recurso Especial provido. (STJ; REsp 1.055.199; Proc. 2008/0100025-8; SP; Terceira Turma; Rel. Min. Sidnei Beneti; Julg. 03/05/2011; DJE 18/05/2011) Grifo nosso.

SEGURO DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. APRECIÇÃO ACERCA DE VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. DESCABIMENTO. NATUREZA DA RELAÇÃO JURÍDICA. CONSUMO. PRAZO CONTRATUAL DE CARÊNCIA PARA COBERTURA SECURITÁRIA. POSSIBILIDADE. CONSUMIDOR QUE, MESES APÓS A ADESÃO DE SEU GENITOR AO CONTRATO DE SEGURO, VÊ-SE ACOMETIDO POR TUMOR CEREBRAL E HIDROCEFALIA AGUDA. ATENDIMENTO EMERGENCIAL. SITUAÇÃO-LIMITE EM QUE O BENEFICIÁRIO NECESSITA, COM PREMÊNCIA, DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS-HOSPITALARES COBERTOS PELO SEGURO. INVOCAÇÃO DE CARÊNCIA. DESCABIMENTO, TENDO EM VISTA A EXPRESSA RESSALVA CONTIDA NO ARTIGO 12,V, ALÍNEA "C", DA LEI Nº 9.656/98 E A NECESSIDADE DE SE TUTELAR O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA. 1. "Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida". (RESP 466.667/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO Junior, QUARTA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJ 17/12/2007, p. 174) 2. Diante do disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656/98, é possível a estipulação contratual de prazo de carência, todavia o inciso V, alínea "c", do mesmo dispositivo estabelece o prazo máximo de vinte e quatro horas para cobertura dos casos de urgência e emergência. 3. Os contratos de seguro e assistência à saúde são pactos de cooperação e solidariedade, cativos e de longa duração, informados pelos princípios consumeristas da boa-fé objetiva e função social, tendo o objetivo precípua de assegurar ao consumidor, no que tange aos riscos inerentes à saúde, tratamento e segurança para amparo necessário de seu parceiro contratual. 4. Os artigos 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor prevêm a necessidade da adequação dos produtos e serviços à legítima expectativa que o Consumidor tem de, em caso de pactuação de contrato oneroso de seguro de assistência à saúde, não ficar desamparado, no que tange à procedimento médico premente e essencial à preservação de sua vida. 5. Portanto, não é possível a Seguradora invocar prazo de carência contratual para restringir o custeio dos procedimentos de emergência, relativos a tratamento de tumor cerebral que acomete o beneficiário do seguro. 6. Como se trata de situação-

limite em que há nítida possibilidade de violação ao direito fundamental à vida, "se o juiz não reconhece, no caso concreto, a influência dos direitos fundamentais sobre as relações privadas, então ele não apenas lesa o direito constitucional objetivo, como também afronta direito fundamental considerado como pretensão em face do Estado, ao qual, enquanto órgão estatal, está obrigado a observar".(RE 201819, Relator(a): Min. ELLEN GRACIE, Relator(a) p/ Acórdão: Min. GILMAR Mendes, Segunda Turma, julgado em 11/10/2005, DJ 27-10-2006 PP-00064 EMENT VOL-02253-04 PP-00577 RTJ VOL-00209-02 PP-00821) 7. Recurso Especial provido para restabelecer a sentença. (STJ; REsp 962.980; Proc. 2007/0144835-5; SP; Quarta Turma; Rel. Min. Luis Felipe Salomão; Julg. 13/03/2012; DJE 15/05/2012) Grifo nosso.

Além do mais, 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 disponível para tratá-lo e muitas vezes curá-lo.

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, a qual foi acometido o recorrido, necessita de intervenção médica, cirúrgica e medicamentosa, que encarece o tratamento pago pelo plano, mas que não poderá medir esforços para lograr um bom êxito.

Ora, é compreensível que a cooperativa médica busque o lucro de seu empreendimento, contudo, é imperativo que, ao buscá-lo, prime, em primeiro lugar, 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 de saúde, que movimentam anualmente um montante pecuniário altíssimo arrecadando mensalidades de um número sem fim de segurados, possam escolher às 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”.*

Portanto, se a pretensão dos planos dessa natureza é a de agir de forma complementar ao sistema de saúde nacional, onde para

isso, inclusive, cobram um valor considerável de seus segurados, é seu dever atuar de forma global no trato do bem-estar, sem exclusão dessa ou daquela enfermidade ou tratamento, assumindo os riscos próprios de sua atividade.

Já com relação a Resolução 13/98 do Conselho de Saúde Suplementar, suscitada pela apelante, para também amparar sua pretensão, estabelece em seu art. 3º:

"Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§1º No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação."

Ocorre que, tais disposições não podem prevalecer, pois não é possível prever, quanto mais fixar em horas, o tempo necessário ao satisfatório atendimento do segurado.

Conforme já ressaltado, a lei não limita a cobertura em casos de urgência ou emergência, o que implica que a mesma, na hipótese, deve ser ampla, podendo-se apenas submetê-la ao prazo de carência de 24 horas.

Ora, se a legislação não limitou a cobertura, não poderia o Conselho de Saúde Suplementar, por meio de mera resolução administrativa, fazê-lo.

Compete ao órgão acima mencionado, apenas, regulamentar e deliberar acerca das questões relativas aos planos de saúde, mas não restringir as coberturas previstas na lei.

Desta forma, inaplicável, ao caso em exame, a referida Resolução nº 13/98, visto que contém disposição conflitante com a Lei 9.656/98, devendo prevalecer as previsões insertas neste diploma legal.

Neste sentido, tem entendido o Tribunal de Justiça Mineiro, em recente decisão:

“COBRANÇA - PLANO DE SAÚDE - RELAÇÃO DE CONSUMO - SITUAÇÃO EMERGENCIAL CONFIGURADA - PRAZO DE CARÊNCIA DE 24 HORAS - AUSÊNCIA DE OUTROS REQUISITOS OU LIMITAÇÕES - COBERTURA AMPLA E IRRESTRITA - RESOLUÇÃO CONSU N.º 13/98 - INAPLICABILIDADE. - Se, por meio de contrato de adesão, a autora buscou atendimento médico hospitalar oferecido pela ré,

dúvida não subsiste de que a relação existente entre as partes é de consumo, sujeitando-se às normas do CDC. - Em casos de urgência e emergência, tem-se que a Lei 6.586/99, em seu art. 12, não estabeleceu nenhum outro requisito ou condição, senão o cumprimento do prazo máximo de carência de 24 horas, sendo inaplicáveis as limitações contidas na Resolução n.º 13/98 do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU. (AC. Nº. 1.00024.06.985453-7/001 – TJ/MG DES. TARCISIO MARTINS COSTA – JULG. EM 23/02/2010 – DJ 29/03/2010). Grifo nosso.

Da existência de danos morais indenizáveis

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

Ora, o ato de negar a autorização, para realização do procedimento em recém-nascido, que, indiscutivelmente, trata-se de pessoa que requer cuidados maiores, decerto, causou sérios transtornos e abalos à sua honra subjetiva.

Indiscutível, pois, os transtornos e constrangimentos a que fora submetido o autor, fato que autoriza a fixação de indenização por danos morais, ante a violação expressa ao que dispõe os arts. 186 e 389, ambos do CC/02, 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.

Colaciona-se, nesta oportunidade, julgado do STJ:

Civil e processo civil. Embargos no recurso especial. Ação de indenização por danos materiais e compensação por danos morais. Recusa do plano de saúde em arcar com custos de cirurgia e implante de 'Stent Cypher'. Danos morais configurados, de acordo com pacífica jurisprudência do STJ. Alegação extemporânea - e, de qualquer sorte, incorreta - de ilegitimidade de parte ativa. - Não é possível inovar, em recurso especial ou em embargos interpostos contra acórdão que julga este, alegando suposta questão de ordem pública que poderia ter sido suscitada desde a contestação. Precedentes. - Não obstante, é inexistente a alegada nulidade, pois a causa de pedir descreve dano moral vivenciado pelo próprio autor e não por terceiro. Embargos rejeitados. (EDcl no REsp 993.876/DF, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 19/08/2008, DJe 03/09/2008). Grifo nosso.

Não destoia deste posicionamento:

DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. INCIDÊNCIA DO CDC. PRÓTESE NECESSÁRIA À CIRURGIA DE ANGIOPLASTIA. ILEGALIDADE DA EXCLUSÃO DE “STENTS” DA COBERTURA SECURITÁRIA. DANO MORAL CONFIGURADO. MAJORAÇÃO DOS DANOS MORAIS. - 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. - A quantia de R\$5.000,00, considerando os contornos específicos do litígio, em que se discute a ilegalidade da recusa de cobrir o valor de “stents” utilizados em angioplastia, não compensam de forma adequada os danos morais. Condenação majorada. Recurso especial não conhecido e recurso especial adesivo conhecido e provido. (REsp 986.947/RN, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/03/2008, DJe 26/03/2008) (grifo nosso).

Da minoração do valor estipulado

Melhor sorte não há ao apelante.

O valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), imposto pela Juíza a quo, cumpriu os parâmetros que deveriam ter sido analisados, pois estipulado de acordo com as condições sócio-econômicas de ambas as partes. A indenização tem o caráter não apenas de ressarcimento, para compensar a dor, o sofrimento e todo o constrangimento pelo qual passou o autor, mas também de prevenção, para se impedir que outros atos semelhantes ao discutido no momento venham a ocorrer novamente.

O ressarcimento não poderia ser fixado em importância assaz exorbitante, que levasse ao cometimento de enriquecimento ilícito, tendo em vista que o escopo maior da ação de reparação por danos morais é exatamente o anteriormente mencionado: uma compensação, um consolo, sem mensurar a dor. O caráter punitivo, com o desfalque patrimonial é mero reflexo, já que o intuito é fazer não mais reincidir na mesma atitude.

É o parâmetro equilibrado, sugerido pelo saudoso Juiz Carlos Alberto Bitar, ao dizer que “A indenização por danos morais deve traduzir-se em montante que represente advertência ao lesante e à sociedade de que se não aceita o comportamento assumido, ou o evento lesivo advindo”. (cf. Antônio Jeová Santos. Dano Moral Indenizável. São Paulo: Lejus, 1997, p.59).

Não há, de igual forma, como se acolher tal pretensão.

Por todas essas razões, nego seguimento ao recurso avariado pela promovida.

DO RECURSO ADESIVO DO PROMOVENTE

O promovente, maneja recurso adesivo insurgindo-se contra o valor arbitrado a título de honorários advocatícios. Aduz que o valor fixado na decisão a quo, qual seja, R\$800,00 (oitocentos reais), não condiz, in casu, com o grau de zelo e dedicação por seu patrono despendido na consecução dos serviços.

Pelo que requer, nos termos do art. 20, § 4º do CPC, o arbitramento da verba honorária em observância à razoabilidade, equidade e proporcionalidade, com conseqüente majoração.

Pois bem. De uma análise dos autos infere-se que cuida a hipótese de Ação Anulatória de Cláusula Contratual e c/c Obrigação de Fazer e Reparação por Danos Morais e Patrimoniais, cuja sentença determinou a realização do procedimento cirúrgico pretendido, e condenou a cooperativa médica ao pagamento de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a título de indenização ao abalo psíquico sofrido.

Trata-se, portanto, de existência de condenação, onde houve um referencial econômico para o atrelamento dos honorários advocatícios, devendo-se aplicar, pois, a disciplina contida no §3º, art. 20 do Diploma Processual Civil.

Assim, não obstante tal dispositivo legal conferir uma certa margem de discricionariedade ao juiz na fixação da verba advocatícia, tal condenação deve ser arbitrada equitativamente, consoante dicção legal, em vista aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

In casu, verifica-se que, com o valor fixado na sentença, não chega ao percentual de 10% (dez por cento), não atendendo aos requisitos do §3º do mencionado art. 20, devendo a verba advocatícia ser arbitrada dentre os parâmetros previstos na citada norma legal.

Sobre o tema, o Superior Tribunal de Justiça já pacificou entendimento, in verbis:

“RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. VALOR. MAJORAÇÃO. NECESSIDADE. 1. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante fixado pelas instâncias ordinárias a título de honorários advocatícios quando irrisório ou abusivo. 2. No caso presente, o valor arbitrado a título de

honorários advocatícios revela-se irrisório, tendo em vista os parâmetros das alíneas "a", "b" e "c" do § 3º do artigo 20 do Código de Processo Civil. 3. Recurso especial conhecido e provido." (REsp 1409606/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/03/2014, DJe 27/03/2014)

“PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. FIXAÇÃO EM VALOR IRRISÓRIO. MÍNIMO APLICÁVEL. INCIDÊNCIA SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO. ART. 20, §§ 3º E 4º, DO CPC. VASTIDÃO DE PRECEDENTES. DECISÃO DA MATÉRIA PELA CORTE ESPECIAL.1...2. O § 3º do art. 20 do CPC dispõe que os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% e o máximo de 20% sobre o valor da condenação, atendidos: a) o grau de zelo do profissional; b) o lugar de prestação do serviço; c) a natureza e importância da causa, o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço. Já o posterior § 4º, expressa que nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante apreciação equitativa do juiz, atendidas as normas das alíneas “a”, “b” e “c”, do parágrafo anterior. 3. Conforme dispõe a parte final do próprio § 4º (“os honorários serão fixados consoante apreciação equitativa do juiz, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior”), é perfeitamente possível fixar a verba honorária entre o mínimo de 10% e o máximo de 20%, mesmo fazendo incidir o § 4º do art. 20 citado, com base na apreciação equitativa do juiz. 4. O arbitramento dos honorários advocatícios em patamar irrisório é aviltante e atenta contra o exercício profissional. 5. Nessa linha é a jurisprudência do STJ: - “a jurisprudência desta Corte, entretanto, sensível a situações em que salta aos olhos a inobservância dos critérios legais para o arbitramento do valor justo, passou a admitir a revisão em sede especial quando se tratar de honorários notoriamente ínfimos ou exagerados, o que se faz considerado cada caso em particular. Assim, saber se os honorários são irrisórios ou exorbitantes requer, necessariamente, a apreciação das peculiaridades de cada caso concreto” (AgRg nos EREsp nº 413310/RS, Corte Especial, unânime, Rel^a Min^a Laurita Vaz, DJ de 12/02/2007). Sucessivos: AgRg nos EREsp nº 749479/SP, DJ de 18/06/2007; EREsp nº 759682/RJ, DJ de 13/08/2007; AgRg na Pet nº 3371/SP, DJ de 11/06/2007” (AgRg no Ag 954.995/SP, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 18.03.2008, DJ 23.04.2008)

Em vista disso, em consonância com os arestos supra transcritos, entendo que os honorários advocatícios devem ser majorados, para tanto fixo em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, percentual que, na hipótese dos autos, atende com razoabilidade e proporcionalidade o trabalho desempenhado pelo

Desembargador José Ricardo Porto

causídico.

Diante do exposto, utilizo-me do art. 557, da Lei Adjetiva Civil, para NEGAR SEGUIMENTO À SÚPLICA APELATÓRIA, bem como para DAR PROVIMENTO AO RECURSO ADESIVO, fixando os honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.” (fls. 207/214)

Dessa forma, conforme explanado, as alegações apresentadas na presente súplica não se mostram aptas a modificar o entendimento esposado na monocrática, de fls. 206/2014.

Ante todo o exposto, DESPROVEJO o Agravo Interno.

É como voto.

Presidiu a sessão o Excelentíssimo Sr. Desembargador Marcos Cavalcanti de Albuquerque. Participaram do julgamento, além deste relator, o Exmo. Sr. Des. Leandro dos Santos e o Exmo. Sr. Des. Marcos Cavalcanti de Albuquerque.

Presente à sessão o Promotor de Justiça convocado, Dr. Amadeus Lopes Ferreira.

Sala de Sessões da Primeira Câmara Especializada Cível “Desembargador Mário Moacyr Porto” do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em João Pessoa, 02 de dezembro de 2014.

Des. José Ricardo Porto
RELATOR

J/13 R J/02