



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GAB. DES. ROMERO MARCELO DA FONSECA OLIVEIRA

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL N.º 0051563-65.2014.815.2001.

ORIGEM: 9ª Vara Cível da Comarca desta Capital.

RELATOR: Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira.

1º APELANTE: Roberta Christina de Araújo e Vasconcelos.

ADVOGADOS: Guilherme Rangel Ribeiro (OAB/PB nº).

2º APELANTE: Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico.

ADVOGADOS: Hermano Gadelha de Sá (OAB/PB nº 8.463) e Leidson Flamarion Torres Matos (OAB/PB nº 13.040).

APELADOS: Os Apelantes.

EMENTA: AÇÃO DECLARATÓRIA C/C OBRIGAÇÃO DE FAZER E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA CONTRATUAL. EXCLUSÃO DA COBERTURA DO CUSTEIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PRESCRITO PELO MÉDICO QUE ACOMPANHA O PACIENTE. ALEGAÇÃO DE NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA PARA DOENÇA PREEEXISTENTE. INOCORRÊNCIA DE DANOS MORAIS. MERO ABORRECIMENTO DECORRENTE DE DESCUMPRIMENTO CONTRATUAL. PROCEDÊNCIA PARCIAL DO PEDIDO. APELAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. PORTABILIDADE DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ENTRE OPERADORAS DIVERSAS. POSSIBILIDADE DE DISPENSA DE CUMPRIMENTO DE NOVOS PERÍODOS DE CARÊNCIA. JURISPRUDÊNCIA DO TJMG E DO TJRN. DOENÇA PREEEXISTENTE. SUPOSTA NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA DE 24 MESES. AUSÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉVIOS. ENFERMIDADE CONSTATADA APÓS A CELEBRAÇÃO DA AVENÇA. NEGATIVA INDEVIDA. PRECEDENTES DOS ÓRGÃOS FRACIONÁRIOS DESTES TJPB. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO. APELAÇÃO DA AUTORA. DANOS MORAIS. INJUSTA RECUSA DE COBERTURA DE SEGURO-SAÚDE. SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E DE ANGÚSTIA NO ESPÍRITO DA SEGURADA. PRECEDENTES DO STJ. QUANTUM INDENIZATÓRIO. NECESSIDADE DE FIXAÇÃO EM PATAMAR RAZOÁVEL E CONDIZENTE COM AS CIRCUNSTÂNCIAS DO CASO. PROVIMENTO DO RECURSO. REFORMA DA SENTENÇA. SUCUMBÊNCIA RECURSAL DA RÉ/APELADA. HONORÁRIOS RECURSAIS DEVIDOS AO ADVOGADO DA AUTORA/APELANTE. REGRA DO §1º DO ARTIGO 85 DO CPC/2015.

1. “Revela-se inaceitável a conduta da operadora de planos de saúde que, não obstante haver acolhido a portabilidade de beneficiário oriundo de outra operadora, impõe novos prazos de carência para determinados procedimentos, desprezando o contrato anterior e tornando ineficaz a própria portabilidade” (TJMG; APCV 1.0024.12.235222-2/002; Rel. Des. Estevao Lucchesi; Julg. 07/05/2015; DJEMG 15/05/2015).

2. “A alegação de patologia preexistente da segurada somente tem o condão de afastar a cobertura securitária pleiteada, caso a seguradora comprove que o contratante tinha conhecimento do seu estado de saúde quando da contratação do plano de saúde” (TJPB; AC 0798375-26.2008.815.0000; Segunda Câmara

Especializada Cível; Rel. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho; DJPB 17/12/2013).

3. Nos termos da jurisprudência reiterada do Superior Tribunal de Justiça, a recusa indevida à cobertura pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a sua situação de aflição psicológica e de angústia no espírito.

4. Pela sucumbência recursal, a parte que foi perdedora na Segunda Instância deve ser condenada ao pagamento de honorários advocatícios recursais em favor do advogado da parte contrária que teve seu recurso provido. Regra do art. 85, §1º e 11, do Código de Processo Civil/2015.

VISTO, relatado e discutido o presente procedimento referente à Apelação Cível n.º 0051563-65.2014.815.2001, em que figuram como partes Roberta Christina de Araújo e Vasconcelos e Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico.

ACORDAM os eminentes Desembargadores integrantes da colenda Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, à unanimidade, acompanhando o voto do Relator, em **conhecer das Apelações para negar provimento ao Apelo da Promovida e dar provimento à Apelação da Autora**.

VOTO.

Roberta Christina de Araújo e Vasconcelos interpôs **Apelação** contra a Sentença proferida pelo Juízo da 9ª Vara Cível da Comarca desta Capital, f. 116/120, nos autos da Ação Declaratória c/c Obrigação de Fazer e Indenização por Danos Morais por ela ajuizada em desfavor da **Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico**, que julgou parcialmente procedente o pedido, confirmando a tutela antecipada no sentido de determinar a realização do procedimento cirúrgico solicitado pelo cirurgião que a acompanha, bem como declarou a nulidade do aditivo contratual que tratou da carência do plano de saúde, julgando, por outro lado, improcedente a parte do pedido que objetivava indenização pelos danos extrapatrimoniais supostamente sofridos, e, em razão da sucumbência recíproca, condenou a Apelada ao pagamento de metade das despesas processuais e dos honorários advocatícios em favor do patrono da Parte Autora.

Em suas razões, f. 122/137, a Autora sustentou que, ainda que o caso em comento se trate de descumprimento contratual, a negativa da Cooperativa Promovida ultrapassou o mero aborrecimento, ocasionando-lhe danos de ordem moral passíveis de serem indenizados, pugnando, por esse motivo, pelo provimento do Apelo e a reforma da Sentença nesse ponto.

A **Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico** também interpôs **Apelação**, f. 138/153, afirmando que a Autora figurou como beneficiária de seus genitores, titulares de plano de saúde firmado com a Unimed Fortaleza, pessoa jurídica diversa, e que não houve requerimento de portabilidade para o novo plano contratado por ela nesta Capital, motivo pelo qual defende a impossibilidade de aproveitamento dos prazos carenciais, eis que, em seu dizer, não houve continuidade do plano de saúde.

Repisou a inexistência de ato ilícito de sua parte, alegando que a recusa foi

devidamente fundamentada pela ausência de cobertura contratual, em decorrência do não cumprimento do período de carência, bem como por se tratar de doença preexistente, e que, por essa razão, não há elementos ensejadores de sua responsabilidade indenizatória, requerendo, ao final, o provimento do Apelo e a reforma da Sentença, para que o pedido seja julgado totalmente improcedente.

Nas Contrarrazões ao Recurso da Ré, f. 156/170, a Promovente asseverou que há muito tempo é cliente da Unimed e que o vínculo jamais foi rompido, tendo havido apenas modificação dos planos contratados, fato que, em seu dizer, não demanda novamente o cumprimento do prazo carencial.

Alegou que a negativa da Promovida configura situação que extrapola o mero dissabor e gera danos morais e requereu o desprovimento da Apelação e a manutenção da Sentença nessa parte.

Contrarrazoando o Apelo da Autora, f. 171/179, a Promovida pugnou pelo seu desprovimento, ao argumento de que não houve conduta ilícita que ensejasse o pleito indenizatório

Desnecessária a intervenção do Ministério Público no feito, por não se configurarem quaisquer das hipóteses do art. 178, I a III, do CPC/2015.

É o Relatório.

Os Recursos são tempestivos, a Ré recolheu o preparo, f. 154, e a Autora é beneficiária da gratuidade judiciária, pelo que, presentes os requisitos de admissibilidade, **deles conheço, analisando-os conjuntamente.**

A Autora apresentava um quadro de dor na ATM bilateralmente, tendo sido diagnosticada com deformidade maxilofacial (CID 10 - K07), necessitando, por prescrição médica, submeter-se à realização de procedimento cirúrgico de Osteoplastia para Laterognatismo, Osteomatia do tipo Le Fort I, Osteoplastia Mandibular e Osteotomia Segmentar da Maxila, consoante atestado pelo Dr. Rodolfo Soares Boulitreau (CRO nº 3.777), cirurgião maxilo-facial que a acompanha, f. 51/53.

Na resposta ao requerimento formulado pela Promovente, a Operadora de Plano de Saúde, ora Promovida, informou que, como a Segurada é beneficiária do plano Univida Básico Plus I, contratado em 13 de setembro de 2013, advinda de um plano empresa da Unimed Fortaleza, não haveria aproveitamento da carência cumprida durante a vigência do pacto anterior, muito embora tenha sido realizada a portabilidade do plano entre as operadoras.

O pleito de custeio da cirurgia então foi indeferido em 03 de julho de 2014, ao fundamento de que ainda não havia sido cumprido o prazo de carência para tratamento de doenças e lesões pré-existentes, cuja data limite seria o dia 29 de setembro de 2014, f. 56/57.

A respeito da portabilidade de plano de saúde, o posicionamento dos Tribunais de Justiça pátrios é de que se revela inaceitável a conduta da operadora que, não obstante haver acolhido a portabilidade de beneficiário oriundo de outra operadora, impõe novos prazos de carência para determinados procedimentos, desprezando o contrato anterior e tornando ineficaz a própria portabilidade.

Ilustrativamente, precedentes do TJMG e do TJRN:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. PORTABILIDADE. UNIMED. LEGITIMIDADE PASSIVA. ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS. COBERTURA DE PROCEDIMENTO. BOA-FÉ OBJETIVA. A cooperativa prestadora de serviços médicos, contratada pela Caixa de Assistência dos Advogados de Minas Gerais, responsável pela elaboração do termo de absorção de carências, e pela cobertura, em última análise, do procedimento médico buscado pelo consumidor, é parte legítima para figurar no polo passivo da lide. Ao aderir ao contrato coletivo de saúde, o beneficiário torna-se titular dos direitos assegurados pelo negócio ajustado, possuindo legitimidade para questionar eventuais cláusulas abusivas e pleitear reparação por danos oriundos de prestação defeituosa do serviço contratado. A concepção clássica do contrato, baseada nos princípios da autonomia privada e intangibilidade do contrato (*pacta sunt servanda*), foi superada, dando lugar à cláusula geral da boa-fé objetiva, ao princípio do equilíbrio econômico e à função social do contrato. Os contratos de planos de saúde submetem-se às disposições do Código de Defesa do Consumidor, que reputa abusivas as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade. **Sob a ótica da legislação consumerista revela-se inaceitável a conduta da operadora de planos de saúde que, não obstante haver acolhido a portabilidade de beneficiário oriundo de outra operadora, impõe novos prazos de carência para determinados procedimentos, desprezando o contrato anterior e tornando ineficaz a própria portabilidade.** (TJMG; APCV 1.0024.12.235222-2/002; Rel. Des. Esteveo Lucchesi; Julg. 07/05/2015; DJEMG 15/05/2015)

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DECLARATÓRIA DE CONTINUIDADE DA RELAÇÃO CONTRATUAL. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTA PELA PARTE DEMANDANTE. CONSUMIDORES QUE CONTRATARAM COM A UNIMED NATAL. PRETENSÃO QUE OS TERMOS DO CONTRATO COM A UNIMED CAICÓ SEJAM MANTIDOS. CONTINUIDADE DA RELAÇÃO CONTRATUAL INADMITIDA. NOVA CONTRATAÇÃO QUE NÃO TEM COMO BASE OS MESMOS VALORES E SERVIÇOS PREVISTOS NO ANTERIOR. RELATIVIDADE DOS EFEITOS DO CONTRATO. BENEFICIÁRIOS POSSUÍAM CONHECIMENTO DE QUE AS DUAS COOPERATIVAS SÃO PESSOAS JURÍDICAS DISTINTAS. INAPLICABILIDADE DA TEORIA DA APARÊNCIA. POSSIBILIDADE DE DISPENSA DE CUMPRIMENTO DE NOVOS PERÍODOS DE CARÊNCIA DIANTE DA CELEBRAÇÃO DE CONTRATO COM OUTRA OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. APELO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. 1. Na situação sob análise, em se tratando de relação contratual posterior firmada com a unimed natal, não há que se falar em preservação da continuidade da relação contratual anterior existente entre os apelantes e a unimed caicó, vez que os recorrentes pactuaram um novo contrato, com pessoa jurídica distinta, cláusulas e particularidades diversas. 2. Ao firmar o novo contrato, os apelantes tiveram conhecimento de que se tratavam de outros termos, preços e serviços, bem como da distinção entre a personalidade jurídica da unimed natal e da unimed caicó, o que afasta eventual possibilidade de aplicação da teoria da aparência. 3. Não se deve considerar que a unimed natal e a unimed caicó fazem parte de um sistema empresarial único vez que, apesar de ligadas pela mesma marca, são pessoas jurídicas distintas, com cooperados e usuários diferentes e prestações específicas. 4. **Deve-se reconhecer que a unimed natal, diante da portabilidade perfectibilizada, não pode impor encargos abusivos, como, por exemplo, exigir novos prazos de carência, em prejuízo exacerbado aos segurados, ora apelantes.** 5. Precedente deste TJRN (ac nº 2011.003824-7, relator juiz convocado Nilson cavalcanti, 1ª Câmara Cível, j. 06/02/2012) 6.

Conhecimento e parcial provimento do apelo. (TJRN; AC 2012.005563-1; Natal; Segunda Câmara Cível; Red^a Desig. Des^a Judite de Miranda Monte Nunes; DJRN 11/09/2014)

Por sua vez, os Órgãos Fracionários deste TJPB têm se manifestado no sentido de que a alegação de patologia preexistente da segurada somente tem o condão de afastar a cobertura securitária pleiteada, caso a seguradora comprove que o contratante tinha conhecimento do seu estado de saúde quando da contratação do plano de saúde¹.

No caso dos autos, a Cooperativa Promovida sustenta que a deformidade maxilofacial apresentada pela Promovente era preexistente, baseando-se na afirmação do suprarreferido cirurgião de que havia um histórico de trauma de primeira infância, supostamente omitido pela Segurada no momento da celebração do contrato.

Não há, no entanto, qualquer elemento probatório que demonstre que a Autora tinha ciência de alguma sequela ocasionada por eventual fratura ou traumatismo pretérito, mormente pelo fato de que o diagnóstico só foi elaborado após a realização de exames clínicos e radiológicos, f. 49/50.

¹ APELAÇÃO E RECURSO ADESIVO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. UNIMED. COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. PLANO DE SAÚDE. PRELIMINAR DE NULIDADE DE SENTENÇA. REJEIÇÃO. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. RESTRIÇÃO CONTRATUAL. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CONFIGURADOS. CARÊNCIA AFASTADA. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULAS. INFRAÇÃO AO CDC. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. ARGUMENTO INFUNDADO. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DOS DIREITOS À SAÚDE E À VIDA. ABUSIVIDADE CARACTERIZADA. RECURSO ADESIVO. DANOS MORAIS. CARACTERIZADOS. FIXAÇÃO NECESSÁRIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. ADEQUAÇÃO. DESPROVIMENTO DO APELO E PROVIMENTO DO RECURSO ADESIVO. **O plano de saúde não pode se eximir da cobertura de tratamento médico em geral, alegando que o seu cliente é portador de doença preexistente, quando não exigiu exames clínicos do mesmo no momento da celebração do contrato.** Na linha dos precedentes do Superior Tribunal de justiça, o período de carência contratualmente estipulado, pelos planos de saúde, não prevalece, diante de situações graves, nas quais a recusa da cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado. As cláusulas restritivas que impeçam o restabelecimento da saúde em virtude de doença sofrida atentam contra a expectativa legítima do consumidor quanto ao plano de saúde contratado. O reconhecimento da fundamentalidade do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana impõe uma nova postura dos operadores do direito que devem, na aplicação das normas, assegurar a vida humana de forma integral e prioritária. Nos termos da jurisprudência dominante do STJ, “somente o fato de recusar indevidamente a cobertura pleiteada, em momento tão difícil para a segurada, já justifica o valor arbitrado, presentes a aflição e o sofrimento psicológico”1. (TJPB; APL 0091700-60.2012.815.2001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. João Alves da Silva; DJPB 04/02/2016; Pág. 18)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DECLARATÓRIA CONDENATÓRIA C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. DOENÇA PREEXISTENTE. NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA DE 24 MESES. NEGATIVA INDEVIDA. AUSÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉVIOS. ENFERMIDADE CONSTATADA APÓS A CELEBRAÇÃO DA AVENÇA. INEXISTÊNCIA DE MÁ-FÉ. DANOS MORAIS. ATO ILÍCITO COMPROVADO. ABALO PSÍQUICO. INDENIZAÇÃO. CABIMENTO. QUANTUM. REDUÇÃO. NÃO ACOLHIMENTO. VALOR ARBITRADO PROPORCIONALMENTE. OBSERVÂNCIA DA FINALIDADE COMPENSATÓRIA E PEDAGÓGICA. PLEITO DE MAJORAÇÃO DO VALOR INDENIZATÓRIO EM CON- TRARRAZÕES AO APELO. NÃO CONHECIMENTO, VIA ELEITA INADEQUADA. DESPROVIMENTO DO RECURSO APELATÓRIO. **A alegação de patologia preexistente da segurada somente tem o condão de afastar a cobertura securitária pleiteada, caso a seguradora comprove que o contratante tinha conhecimento do seu estado de saúde quando da contratação do plano de saúde.** 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, pois, ao pedir a autorização da seguradora, a consumidora já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com o estado clínico debilitado. Sabese que a reparação do dano moral deve ser fixada em montante que desestimule o causador do mal a repetir a falta, sem constituir, por outro lado, enriquecimento sem causa para a vítima. A resposta ao recurso de apelação é considerada via eleita inadequada para fins de modificação do quantum indenizatório fixado na sentença, devendo a parte apelada utilizar-se de meio próprio. (TJPB; AC 0798375-26.2008.815.0000; Segunda Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho; DJPB 17/12/2013)

Verifica-se que o procedimento cirúrgico preceituado era indispensável para a saúde e bem-estar da Paciente, assim como que sua realização foi obstada por injusta negativa da Operadora, implicando a secção da própria cobertura do plano de saúde, o que, nos termos da jurisprudência dominante do Superior Tribunal de Justiça², viola os direitos de personalidade, porquanto agrava a sua situação de aflição e angústia psicológica do segurado.

Restou constatada, portanto, a ocorrência dos danos morais sofridos pela Autora, posto que se caracterizou a injusta recusa de cobertura do plano de saúde, em momento de grande abalo psicológico em decorrência da sua condição de saúde debilitada.

A indenização arbitrada a título de danos morais deve ser condizente com as circunstâncias fáticas, a gravidade objetiva do dano e seu efeito lesivo, e observar os critérios de proporcionalidade e razoabilidade, sem implicar em enriquecimento ilícito da beneficiária, atendendo, ainda, ao objetivo de inibir o ofensor da prática de condutas futuras semelhantes, razão pela qual entendo que o valor de R\$ 5.000,00 é suficiente à reparação do dano experimentado, sopesado o fato de que a cirurgia somente foi realizada mediante determinação judicial deferida em caráter liminar.

O §1º, do art. 85, do Código de Processo Civil³, prevê que são devidos honorários advocatícios também nos recursos interpostos, devendo o Tribunal, ao julgar o recurso, majorar 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, no cômputo geral da fixação de honorários devidos ao advogado do vencedor, ultrapassar os respectivos limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º para a fase de conhecimento (CPC, art. 85, §11⁴).

² CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. Recurso especial. Plano de saúde. Tratamento oncológico. **Negativa de cobertura de exame (pet scan). Abusividade comprovada. Dano moral in re ipsa.** Configuração. Recurso Especial a que se dá provimento. (STJ; REsp 1.546.908; Proc. 2015/0193146-0; RS; Terceira Turma; Rel. Min. Moura Ribeiro; DJE 21/08/2015)

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA INTEGRAL. STENTS. DANOS MORAIS. CABIMENTO. DECISÃO MANTIDA. 1. **Nos termos da jurisprudência reiterada do STJ, "a recusa indevida à cobertura pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a sua situação de aflição psicológica e de angústia no espírito"** (REsp 657717/RJ, Rel. Ministra Nancy Andrighi, DJ 12/12/2005). 2. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ - AgRg no REsp: 1528089 RS 2015/0087293-5, Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 02/06/2015, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 08/06/2015)

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ART. 544 DO CPC) - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL DECORRENTE DA RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA A MATERIAL NECESSÁRIO (STENT) À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA CARDÍACA - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO SEGUIMENTO AO RECLAMO. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. (...) 3. **Cabimento de indenização por dano moral. 3.1. Consoante cediço nesta Corte, a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Caracterização de dano moral in re ipsa.** Precedentes. 3.2. Hipótese em que o Tribunal de origem, à luz das peculiaridades do caso concreto, arbitrou a indenização por danos morais em R\$ 10.000,00 (dez mil reais). 4. Agravo regimental desprovido. (AgRg no AREsp 635.944/MG, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 12/05/2015, DJe 19/05/2015)

³ Art. 85. A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor.

§1º. São devidos honorários advocatícios na reconvenção, no cumprimento de sentença, provisório ou definitivo, na execução, resistida ou não, e nos recursos interpostos, cumulativamente.

⁴ §11º. 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 para a fase de conhecimento.

Considerando que a Apelação da Autora foi conhecida e provida, pela sucumbência recursal, deve a Cooperativa Promovida ser condenada ao pagamento de honorários advocatícios recursais em favor do advogado da Parte Apelante.

Posto isso, conhecidas as Apelações, nego provimento ao Apelo da Promovida e dou provimento ao Apelo da Autora, para, reformando parcialmente a Sentença, julgar o pedido procedente em sua totalidade, condenando a Operadora de Plano de Saúde ao pagamento do valor de R\$ 5.000,00, a título de reparação de ordem moral, bem como, em razão da sucumbência total, ao pagamento integral das custas processuais e dos honorários advocatícios arbitrados na Sentença, e, considerando a sucumbência recursal da Ré/Apelada, condeno-a ao pagamento de honorários advocatícios recursais ao patrono da Autora/Recorrente, que arbitro na quantia de R\$ 500,00, a serem acrescidos à verba honorária fixada na Decisão Recorrida.

É o voto.

Presidiu o julgamento realizado na Sessão Ordinária desta Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, no dia 07 de março de 2017, conforme Certidão de julgamento, com voto, o Excelentíssimo Desembargador Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho, participando do julgamento, além deste Relator, o Excelentíssimo Desembargador João Alves da Silva. Presente à sessão o Excelentíssimo Procurador de Justiça Dr. Amadeus Lopes Ferreira.

Gabinete no TJ/PB em João Pessoa,

Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira
Relator