



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

**ACÓRDÃO**

---

**APELAÇÃO CÍVEL Nº. 0092329-34.2012.815.2001**

**RELATOR : Des. José Ricardo Porto**

**APELANTE 01 : Solange de Freitas**

**ADVOGADO : Felipe Solano de Lima Melo, OAB/PB nº 16.277**

**APELANTE 02 : GEAP Autogestão em Saúde**

**ADVOGADO : Nelson Willians Fratoni Rodrigues, OAB/PB nº 128.241 -  
Suplementar**

**APELADOS : Os mesmos**

---

**APELAÇÃO CÍVEL. GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE MATERIAIS INDISPENSÁVEIS À CIRURGIA. PACIENTE IDOSA ACOMETIDA DE FRATURA DO FÊMUR. VIOLAÇÃO AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. ABUSIVIDADE CARACTERIZADA. PEDIDO DE EXCLUSÃO DA INDENIZAÇÃO EXTRA-PATRIMONIAL. IMPOSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. PRECEDENTES DESTA CORTE E DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. DESPROVIMENTO DO APELO.**

- O Código de Defesa do Consumidor em seu art. 51, inciso IV, conferiu nulidade de pleno direito à cláusula contratual referente ao fornecimento de produtos e serviços que coloquem o cliente em desvantagem exagerada na relação de consumo. São as chamadas cláusulas abusivas que vêm sendo coibidas pelo Judiciário, em defesa do consumidor, que na maioria das vezes encontra-se em situação desfavorável.

- 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.

- É abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui o custeio de procedimento cirúrgico coberto pelo plano e necessária ao pleno restabelecimento da saúde do segurado. Precedentes do STJ.

- Cabível a indenização moral para reparar os prejuízos suportados pelo consumidor e, principalmente, inibir novas e similares condutas por parte da empresa ofensora.

**IRRESIGNAÇÃO DA PROMOVENTE. MAJORAÇÃO DOS DANOS EXTRAPATRIMONIAIS. ACOLHIMENTO. PRECEDENTES DESTES TRIBUNAL. PROVIMENTO DA SÚPLICA APELATÓRIA.**

- O pleito de majoração da indenização por danos morais deve ser acolhido, quando o valor fixado em primeira instância se mostra insuficiente para recompensar o abalo moral suportado.

**VISTOS**, relatados e discutidos os autos acima referenciados.

**ACORDA** a Primeira Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba, à **unanimidade de votos**, **NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO DO PROMOVIDO E DAR PROVIMENTO AO APELO DA PROMOVENTE.**

**RELATÓRIO**

**Solange de Freitas**, devidamente qualificada nos autos, moveu “**Ação Ordinária de Indenização por Danos Morais**” contra **Procárdio Instituto de Cardiologia da Paraíba Ltda., Hospital Memorial São Francisco, Geap Autogestão em Saúde e Esdras Fernandes Furtado**, igualmente identificadas, alegando, em síntese, que, em decorrência da fratura do fêmur direito, a sua mãe, Eugênia da Silva Freitas, dependente do plano, necessitou submeter-se a cirurgia para colocação prótese longa com bloqueio distal, indispensável ao tratamento, havendo negativa por parte da operadora de saúde do citado material para efetuação do procedimento requerido, motivo pelo qual pleiteou judicialmente indenização extrapatrimonial.

Com o advento da sentença (fls. 274/277), a juíza *a quo* decidiu pela procedência, em parte, da ação, condenando a promovida ao pagamento do ressarcimento extrapatrimonial, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Às fls. 280/286, a promovente apelou, a fim de reformar parte da decisão vergastada, pugnando apenas pela majoração do valor da indenização moral aplicada.

A demandada, por sua vez, também apresentou irresignação apelatória (fls. 289/298), alegando, em suma, que o material necessário para a efetivação da cirurgia foi autorizado, contudo, com a marca divergente da requerida, o que impossibilita o seu fornecimento pelo plano e, ainda, que a Lei nº 9.656/98 não é aplicável ao caso dos autos.

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

Ao final, requereu o provimento do recurso, no sentido de que seja julgado improcedente o pedido formulado na exordial, ou, ainda, alternativamente, a redução do *quantum* indenizatório fixado.

Contrarrazões apresentadas e encartadas às fls. 319/326, 328/339 e 343/349.

Instada a se pronunciar, a Procuradoria de Justiça não se manifestou quanto ao mérito da questão, fls. 356/357.

Processo enviado ao Núcleo de Conciliação deste Tribunal, a fim de se tentar a composição amigável entre as partes, a qual restou frustrada (vide termo às fls. 364).

É o relatório.

**VOTO**

**RECURSO APELATÓRIO DA PROMOVIDA - GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE**

De início, esclareço que apreciarei primeiro a peça irresignatória de fls.289/298, da **Geap Autogestão em Saúde**, por uma questão de lógica processual.

*Prima facie*, a título de melhor esclarecimento dos fatos, transcrevo passagem da sentença (fls. 274/277), prolatada pela juíza de primeiro grau, haja vista a ilustre magistrada ter abordado com percuciência o âmago da lide posta em juízo, conforme se observa abaixo:

*“(...) Quanto ao plano de saúde, sua conduta omissiva consiste no atraso na liberação do material solicitado pelo médico assistente, imprescindível à realização do procedimento cirúrgico na mãe da autora. O dano a ser imputado ao plano de saúde réu em virtude da conduta omissiva é o atraso da realização da cirurgia pela ausência de análise célere e eficiente do pedido de liberação e custeio do material necessário à cirurgia, o que ultrapassa o mero dissabor. Saliente-se que não se está atribuindo culpa à demandada (GEAP) pelo falecimento da paciente, mas entendendo-se como ilícito o atraso na análise e a negativa indevida ao custeio da prótese cirúrgica prescrita para o caso. Com efeito, tratando-se de paciente idosa, de saúde debilitada, a realização da cirurgia no momento oportuno não consistia em garantia de que esta sobreviveria. Assim, não havendo demonstração incontestável do nexo de causalidade entre a negligência das partes e a morte do paciente, o hospital e o plano de saúde não podem ser responsabilizados por este fato, competindo responsabilidade, como acima dito, apenas ao plano de saúde pela demora no fornecimento da prótese prescrita.” - fls. 276/276-v - Grifo nosso.*

Nesse norte, o magistrado *a quo* baseou sua sentença numa suposta obscuridade das normas contratuais, razão pela qual estas não poderiam ser utilizadas, por estarem em discordância com o Código de Defesa do Consumidor.

Nesse contexto, defende a recorrente que jamais se negou a autorizar o material de que necessitava a apelada, contudo, liberou produto de marca divergente da solicitada, não gerando, portanto, o ato ilícito emanado pela GEAP.

Tal tese não deve prosperar, haja vista que a vida é o bem maior do cidadão, e deve estar protegida acima de todos os outros direitos, inclusive, amparada por garantias constitucionais e pelo CDC.

É bom registrar que o consumidor ao aderir ao plano de saúde o faz na convicção e certeza de que, na infelicidade de adoecer, será atendido com os cuidados específicos que exigem a moléstia que o acomete.

A seguradora, por sua vez, que se obriga por conta própria ao cumprimento do contrato, agiu de forma negligente ao receber prêmio e não prestar o serviço esperado pela contratante.

Importa ressaltar que, nos últimos anos, a deficiência no atendimento médico da rede pública brasileira estimulou o advento de inúmeras instituições particulares prestadoras de serviço de saúde.

Atualmente, elas podem ser divididas em três grandes grupos: O primeiro engloba as empresas de medicina de grupo, que são os planos de saúde propriamente ditos, os quais oferecem assistência por meio de profissionais e instalações próprias ou conveniadas; o segundo é formado pelas cooperativas médicas, montadas por profissionais da área, onde o cliente é atendido em rede credenciada; já o terceiro é o composto pelas seguradoras.

Oportuno destacar, também, que todas essas empresas cobram uma mensalidade e oferecem ao cliente diversos planos, cada um deles com serviços e preços diferentes. Dito isto, tem-se que o CDC tem como objetivo impedir a formulação de contratos lesivos ao consumidor, devido a sua posição de hipossuficiência na relação.

Quando o mencionado diploma fala em hipossuficiência, não está se referindo exclusivamente a posição econômica ou financeira do segurado, mas a sua inexperiência diante dos aspectos técnicos que envolvem a avença. Isso se reforça, mais ainda, com o surgimento dos contratos de adesão, onde cláusulas, pré-estabelecidas, são colocadas diante do consumidor, que muitas vezes não possui outra opção a não ser concordar com tais normas, mesmo que estas venham a lhes causar prejuízos futuros.

**O Código de Defesa do Consumidor, em seu art. 51, inciso IV, conferiu nulidade de pleno direito a dispositivo contratual referente a fornecimento de produtos e serviços que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada na relação de consumo.** São as chamadas cláusulas abusivas que vêm sendo coibidas pelo Judiciário, em defesa, no caso concreto, do segurado, que na maioria das vezes encontra-se em situação desfavorável.

Embora muitos sejam os aborrecimentos causados por tais empresas, a nossa Lei vigente e as regulamentações que versam sobre essa matéria estão a auxiliar o cidadão, consumidor, que sendo a parte mais frágil desses contratos, quase sempre leoninos, acabam como verdadeiras vítimas de práticas reiteradamente mercantilistas, que põem em desconfiança a própria política da saúde de nossa pátria.

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

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

O contrato de seguro cuida do amparo à saúde de quem o pactua, na medida em que fornece, ao segurado, os meios concretos e imprescindíveis existentes no ambiente médico-hospitalar para tratá-lo e muitas vezes curá-lo.

Neste ponto da discussão, é pertinente lembrarmos que a saúde de um indivíduo não deve ser avaliada por meios econômicos, especialmente quando for verificada a complexidade de algumas doenças, como no caso em tela, onde a moléstia, que acometeu a ora recorrida, **necessita submeter-se para colocação prótese longa com bloqueio distal**, o que encarece o tratamento a ser pago pelo plano de saúde, porém, este não poderá medir esforços para solucionar o problema do segurado.

Ora, é compreensível que as empresas dessa área busquem o lucro de seus empreendimentos, contudo, é imperativo que primem pelo bem-estar de seus associados, respeitando os direitos maiores do ser humano, que são a saúde e a vida.

Assim, não se concebe que seguros desse porte, que movimentam anualmente um montante pecuniário altíssimo, arrecadando mensalidades de um número sem fim de segurados, possam escolher as doenças e procedimentos que irá 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 à 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 área é de agir de forma complementar ao sistema de saúde nacional, onde para isso, inclusive, cobram um valor considerável de seus associa-

dos, é seu dever atuar de forma global no trato da saúde, sem exclusão dessa ou daquela enfermidade ou tratamento, assumindo os riscos próprios de sua atividade.

A jurisprudência desta Corte de Justiça tem entendido nesse sentido:

**CONSTITUCIONAL E CONSUMIDOR. Apelação cível. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais. Plano de saúde. Negativa de cobertura de cirurgia. Dano moral. Inexistência de mero aborrecimento. Configuração. Fixação do quantum indenizatório. Reforma da r. Sentença. Provimento. É pacífico no STJ que a injustificada recusa, pelo plano de saúde, de cobertura de procedimento necessário ao tratamento do segurado gera dano moral. O dano moral se configura pela dor, sofrimento, angústia, humilhação experimentados pela vítima, por conseguinte, seria absurdo, até mesmo, impossível que se exigisse do lesado a prova do seu sofrimento. Desse modo, restado provado nos autos o evento danoso, estará demonstrado o dano moral, uma vez que este ocorre “in re ipsa”, ou seja, decorre do próprio fato ilícito. O propósito do valor indenizatório a ser arbitrado tem por fundamento não premiar aquele que sofreu o dano, e sim, desestimular a prática desses atos ilícitos, taxando uma sanção pecuniária ao infrator, por ser responsável pelo ato que foi a causa de pedir nesta ação indenizatória, e reparar o dano sofrido por aquele que não deu causa ao evento danoso. (TJPB; APL 0026188-38.2009.815.2001; Segunda Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos; DJPB 01/06/2015; Pág. 29)**

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

*sente a má-fé por parte da requerida, critério essencial para permitir a aplicação da repetição do indébito em dobro. 2. “conquanto geralmente nos contratos o mero inadimplemento não seja causa para ocorrência de danos morais, a jurisprudência desta corte vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro-saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada” (stj. RESP 986947/ RN, relatora ministra nancy andrighi, julgado em 11/03/2008, publicado dje 26/03/2008). (TJPB; APL 0108611-50.2012.815.2001; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira; DJPB 04/08/2015; Pág. 17) **Grifo nosso.***

**APELAÇÃO CIVIL. CONSUMIDOR AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA PARA RETIRADA DE NÓDULO NA MAMA. PEDIDO DE SOBRESTAMENTO DO PROCESSO. REPERCUSSÃO GERAL. MATÉRIA QUE SÓ DEVERÁ SER COGITADA POR OCASIÃO DE EVENTUAL RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REJEIÇÃO. NEGATIVA DE COBERTURA. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98. RENOVAÇÃO CONTRATUAL AUTOMÁTICA E SUCESSIVA. INCIDÊNCIA DO CDC. RECUSA ILEGAL. DANO MATERIAL COMPROVADO. REEMBOLSO DE DESPESAS. DANO MORAL. CONFIGURADO. JUROS DE MORA. INCIDÊNCIA A PARTIR DA CITAÇÃO. PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO.** *De acordo com o prescrito no art. 543-b do código de processo civil, o sobrestamento do feito, ainda que em face do reconhecimento da repercussão geral por parte do pretório Excelso, apenas deverá ser cogitado por ocasião do exame de eventual recurso extraordinário a ser interposto contra decisão desta corte. Embora a Lei nº 9.656/98 não retroaja às contratações firmadas antes de sua vigência, entende-se que os contratos de renovação continuada e periódica, contêm obrigações de trato sucessivo, devendo observar os regramentos do CDC quanto aos fatos ocorridos sob sua vigência. Sob a ótica da legislação consumerista e considerando-se a função social do contrato, a cláusula contratual que exclui procedimento cirúrgico de urgência passou a ser abusiva, considerando tratar-se de procedimento necessário à manutenção da vida do paciente, portador de doença grave. Presumese que a recusa da administradora de plano de saúde em cobrir procedimento médico ao qual dependia a manutenção da vida beneficiária, gera o agravamento da situação de aflição psicológica e de angústia em seu espírito, passível, portanto, de reparação civil. A indenização pelos danos materiais deve corresponder ao valor comprovado das perdas de tal natureza experimentadas pelo ofendido; a reparação dos da-*

*nos morais, por sua vez, deve dar-se em valor suficiente e adequado para compensação dos prejuízos vivenciados, desestimulando-se, por outro lado, a prática reiterada da conduta lesiva pela ofensora, sem gerar, contudo, enriquecimento indevido do demandante. Em sendo a responsabilidade contratual, os juros de mora contam-se da citação, nos termos do art. 405 cc. (TJPB; APL 0007162-39.2011.815.0011; Terceira Câmara Especializada Cível; Rel. Des. José Aurélio da Cruz; DJPB 30/06/2015; Pág. 19) **Grifo nosso.***

***APELAÇÃO CÍVEL. UNIMED CAMPINA GRANDE. COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. PRELIMINAR DECADENCIAL. REJEIÇÃO. MÉRITO. EXCLUSÃO DE COBERTURA DE CIRURGIA E MATERIAIS INDISPENSÁVEIS. PACIENTE IDOSA COM HISTÓRICO DE INFARTO DO MIOCÁRDIO. DESPESA SUPOSTADA PELA AUTORA. DEVOLUÇÃO DEVIDA. VIOLAÇÃO AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. ABUSIVIDADE CARACTERIZADA. PRECEDENTES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. MINORAÇÃO DO DANO EXTRAPATRIMONIAL. QUANTIA FIXADA COM RAZOABILIDADE. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO APELO. O Código de Defesa do Consumidor em seu art. 51, inciso IV, conferiu nulidade de pleno direito à cláusula contratual referente ao fornecimento de produtos e serviços que coloquem o cliente em desvantagem exagerada na relação de consumo. São as chamadas cláusulas abusivas que vêm sendo coibidas pelo judiciário, em defesa do consumidor, que na maioria das vezes encontra-se em situação desfavorável. 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. O pleito de minoração da indenização por danos morais deve ser rejeitado, quando o valor fixado em primeira instância se mostra suficiente para recompensar o abalo moral suportado. (TJPB; APL 0020948-53.2011.815.0011; Primeira Câmara Especializada Cível; Rel<sup>a</sup> Des<sup>a</sup> Vanda Elizabeth Marinho Barbosa; DJPB 11/06/2015; Pág. 12) **Grifo nosso.*****

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



Diante disto e do que foi considerado em todo este tópico, não resta qualquer dúvida acerca da ilegalidade dessa norma limitativa, uma vez que está cerceando o direito à saúde do beneficiário.

A jurisprudência é pacífica nesse sentido, a exemplo das decisões abaixo colacionadas, do **Superior Tribunal de Justiça**:

**DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. SEGURO SAÚDE. CONTRATAÇÃO ANTERIOR À VIGÊNCIA DO CDC E À LEI Nº 9.656/98. EXISTÊNCIA DE TRATO SUCESSIVO. INCIDÊNCIA DO CDC, MAS NÃO DA LEI Nº 9.656/98. BOAFÉ OBJETIVA. PRÓTESE NECESSÁRIA À CIRURGIA DE ANGIOPLASTIA. ILEGALIDADE DA EXCLUSÃO DE "STENTS" DA COBERTURA SECURITÁRIA. DANO MORAL CONFIGURADO. DEVER DE REPARAR OS DANOS MATERIAIS.** *As disposições da Lei nº 9.656/98 só se aplicam aos contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como para os contratos que, celebrados anteriormente, foram adaptados para seu regime. A Lei nº 9.656/98 não retroage, entretanto, para atingir o contrato celebrado por segurados que, no exercício de sua liberdade de escolha, mantiveram seus planos antigos sem qualquer adaptação. - Embora o CDC não retroaja para alcançar efeitos presentes e futuros de contratos celebrados anteriormente a sua vigência, a legislação consumerista regula os efeitos presentes de contratos de trato sucessivo e que, por isso, foram renovados já no período de sua vigência. - Dada a natureza de trato sucessivo do contrato de seguro saúde, o CDC rege as renovações que se deram sob sua vigência, não havendo que se falar aí em retroação da Lei nova. - A cláusula geral de boa-fé objetiva, implícita em nosso ordenamento antes da vigência do CDC e do CC/2002, mas explicitada a partir desses marcos legislativos, impõe deveres de conduta Leal aos contratantes e funciona como um limite ao exercício abusivo de direitos. - O direito subjetivo assegurado em contrato não pode ser exercido de forma a subtrair do negócio sua finalidade precípua. Assim, se determinado procedimento cirúrgico está incluído na cobertura securitária, não é legítimo exigir que o segurado se submeta a ele, mas não instale as próteses necessárias para a plena recuperação de sua saúde. - É abusiva a cláusula contratual que exclui de cobertura a colocação de "stent", quando este é necessário ao bom êxito do procedimento cirúrgico coberto pelo plano de saúde. Precedentes. - 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. Recurso Especial a que se dá parcial provimento. (STJ; REsp 735.168; Proc. 2005/0045980-3; RJ; Terceira Turma; Rel<sup>a</sup> Min. Fátima Nancy Andrichi; Julg. 11/03/2008; DJE 26/03/2008) Grifo nosso.*

**DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. NEGATIVA DE CIRURGIA. IMPLANTAÇÃO DE STENT. REVISÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL QUANTO AO VALOR DA INDENIZAÇÃO. AUSÊNCIA DE SIMILITUDE FÁTICA. RESPONSABILIDADE CONTRATUAL. JUROS MORATÓRIOS. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. SÚMULA N. 83/STJ. 1. A revisão de indenização por danos morais só é possível em Recurso Especial quando o valor fixado nas instâncias originárias for exorbitante ou irrisório, a teor da Súmula n. 7 do STJ. Precedentes. 2. Em se tratando de danos morais, impossível a admissibilidade do Recurso Especial pela divergência jurisprudencial, pois as circunstâncias fáticas dos casos sempre são diversas. Precedentes. 3. A relação jurídica ensejadora de dano moral por negativa de atendimento pelo plano de saúde é de natureza contratual. Precedentes. 4. O termo inicial dos juros de mora na indenização por dano moral decorrente de recusa ilegal de cobertura de plano de saúde é a data da citação da empresa. Precedentes específicos. 5. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ; AgRg-AREsp 297.134; Proc. 2013/0038334-8; MG; Quarta Turma; Rel. Min. Antonio Carlos Ferreira; DJE 26/02/2014) Grifo nosso.**

**AGRAVO REGIMENTAL. NÃO IMPUGNAÇÃO DOS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 182/STJ. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA INDICADA PELO MÉDICO. NÃO CONHECIMENTO. 1.- Nas razões do agravo regimental, devem ser expressamente impugnados os fundamentos lançados na decisão agravada. Incidência da Súmula nº 182 do Superior Tribunal de Justiça. 2.- Ademais, o acórdão recorrido confronta-se com a jurisprudência desta Corte, que 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 (RESP 918.392/RN, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI). 3.- Agravo Regimental não conhecido. (STJ; AgRg-AREsp 285.542; Proc. 2013/0027193-1; RS; Tercei-**

*ra Turma; Rel. Min. Sidnei Beneti; Julg. 19/03/2013; DJE 26/03/2013) Grifo nosso.*

### **Da existência de danos morais indenizáveis**

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

Ora, a apelada já se encontrava em estado emocional bastante debilitado, até mesmo porque qualquer procedimento médico apresenta risco para o paciente. Assim, o ato de negar a autorização, para realização do procedimento, causou sérios transtornos e abalos à honra subjetiva da promovente, fato que autoriza a fixação de indenização por danos morais, ante à violação expressa ao que dispõe os arts. 186 e 389, ambos do Código Civil/2002, vejamos:

*Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.*

*Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.*

Colaciona-se, nesta oportunidade, julgado do STJ:

***AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA. PROCEDIMENTO ESPECÍFICO INDICADO POR MÉDICO. RECUSA DE COBERTURA. ABUSO. DANO MORAL VERIFICADO. SÚMULA Nº 83/STJ. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA Nº 7/STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. AGRAVO NÃO PROVIDO. 1. Nos termos da jurisprudência consolidada neste pretório, é passível de condenação por danos morais a operadora de planos de saúde que se recusa injustificadamente a efetuar a cobertura do tratamento do segurado. 2. O eg. Tribunal a quo seguiu a jurisprudência desta corte no sentido de considerar que "a exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato" (resp 183.719/sp, relator o ministro Luis Felipe Salomão, dje de 13.10.2008). 3. Destarte, o tribunal a quo decidiu conforme o entendimento desta corte superior de que, havendo expressa indicação médica para realização do tratamento, mostra-se desarrazoada sua negativa de cobertura, devendo ser considerada abusiva a cláusula de sua exclusão. 4. Ademais, a revi-***

*são do que ficou decidido pelo tribunal de origem, no tocante à índole abusiva da negativa injustificada de cobertura pela operadora do plano de saúde, esbarra no óbice da Súmula nº 7/stj. 5. A incidência da Súmula nº 7 do STJ é óbice também para a análise do dissídio jurisprudencial, o que impede o conhecimento do recurso pela alínea c do permissivo constitucional. Precedentes. 6. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ; AgRg-AREsp 481.775; Proc. 2014/0046490-0; DF; Quarta Turma; Rel. Min. Raul Araújo; DJE 21/08/2015) Grifo nosso.*

Não destoa deste posicionamento:

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

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

**Outrossim, no que se refere à redução do *quantum* indenizatório de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), não há, de igual forma, como se acolher tal pretensão, ao contrário, deve ser majorada, cuja razão explanarei quando da análise do recurso apelatório da promovente.**

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

### **RECURSO APELATÓRIO DA PROMOVENTE - SOLANGE DE FREITAS**

O objeto da irresignação é a majoração do valor arbitrado a título de danos extrapatrimoniais fixado no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Acerca do tema, é importante destacar que os critérios utilizados para a aplicação da verba compensatória moral devem estar de acordo com a melhor orientação doutrinária e jurisprudencial que versam sobre a matéria.

Segundo a doutrina e jurisprudência mais avisadas, incumbe ao magistrado arbitrar a indenização por danos morais mediante a observação das peculiaridades do caso concreto, mensurando as condições financeiras do ofensor e a situação da vítima, de modo que a reparação não se torne fonte de enriquecimento sem causa.

De outro lado, o quantum indenizatório não pode ser inexpressivo, a ponto de não atender aos fins a que se propõe, ou seja, compensar a vítima e inibir a repetição da conduta ilícita pelo agressor.

**Com base nessas considerações, a sentença deve ser reformada, apenas, na parte alusiva ao valor do dano moral, eis que é necessária a majoração da quantia estabelecida para o patamar de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), montante este que vislumbro suficiente, servindo para amenizar o sofrimento da autora, bem como tornar-se um fator de desestímulo, a fim de que a ofensora não volte a praticar novos atos de tal natureza.**

A jurisprudência desta Corte de Justiça comunga desse entendimento:

*AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98. CLÁUSULAS LIMITATIVAS. NEGATIVA DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA. IMPOSSIBILIDADE. IRRETROATIVIDADE DA LEI NOVA. CONTRATO DE TRATO SUCESSIVO. Renovação sob o patrocínio do Código de Defesa do Consumidor. Incidência. Abusividade de cláusula que nega tratamento para colocação de órtese, prótese para o bom êxito do procedimento prescrito. Nulidade. Indenização por danos morais. Majoração que se impõe. Desprovimento do recurso movida pela uni-med. Provimento parcial do recurso aviado pela promovente. Ainda que se trate de contrato de seguro celebrado em 1996, aplicam-*

*se as disposições da Lei nº 8.078/90, pois, a legislação consumerista regula os efeitos presentes de contratos de trato sucessivo renovados já no período de sua vigência. As cláusulas do contrato de seguro. De adesão, devem ser interpretadas de forma restritiva e da maneira mais favorável ao segurado, nos termos do artigo 47 e 51, XV, do CDC. **O pleito de majoração da indenização por danos morais deve ser acolhido, quando o valor fixado em primeira instância se mostra insuficiente para recompensar o abalo moral suportado.** (TJPB; AC 200.2008.032.021-7/001; Rel. Juiz Conv. Marcos William de Oliveira; DJPB 13/01/2011; Pág. 6) **Grifo nosso.***

*APELAÇÃO CÍVEL. UNIMED JOÃO PESSOA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. OPERAÇÃO CARDÍACA. PROCEDIMENTO AUTORIZADO PELO PLANO. EXCLUSÃO DE FORNECIMENTO DE MATERIAIS INDISPENSÁVEIS A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA. ABUSIVIDADE CARACTERIZADA. VIOLAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. ANULAÇÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL. PRECEDENTES DO STJ E DO TJ/PB. DESPROVIMENTO DO RECURSO. - O Código de Defesa do Consumidor, em seu art. 51, inciso IV, conferiu nulidade, de pleno direito, à cláusula contratual referente ao fornecimento de produtos e serviços que coloquem o cliente em desvantagem exagerada na relação de consumo. São as chamadas cláusulas abusivas que vêm sendo coibidas pelo Judiciário, em defesa do consumidor, que na maioria das vezes encontra-se em situação desfavorável. - 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. - É abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui o custeio de prótese em procedimento cirúrgico coberto pelo plano e necessária ao pleno restabelecimento da saúde do segurado. Precedentes do STJ. RECURSO ADESIVO. FIXAÇÃO DO RESSARCIMENTO MORAL NA SENTENÇA DE PRIMEIRO GRAU EM VALOR INEXCESSIVO. PEDIDO DE MAJORAÇÃO DO DANO EXTRAPATRIMONIAL. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES DESTA CORTE DE JUSTIÇA. PROVIMENTO DO RECURSO APELATÓRIO. - **O pleito de majoração da indenização por danos morais deve ser acolhido, quando o valor fixado em primeira instância se mostra insuficiente para recompensar o abalo moral suportado.**<sup>1</sup>*

Assim, a indenização por danos morais há de ser modificada **para R\$ 10.000,00 (dez mil reais)**.

<sup>1</sup>AC e RA n.º001.2009.017966-2/001, Rel.: Des. José Ricardo Porto, 1.ª Câmara Cível, D.J.: 17/12/2011.

Pelos motivos acima expostos, **NEGO PROVIMENTO AO RECURSO APELATÓRIO DA GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE E DOU PROVIMENTO A SÚPLICA APELATÓRIA DA AUTORA (SOLANGE DE FREITAS)**, majorando o valor indenizatório fixado para R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

**É como voto.**

Presidiu a sessão o Excelentíssimo Desembargador José Ricardo Porto. Participaram do julgamento, além do relator, Excelentíssimo Desembargador José Ricardo Porto, o Excelentíssimo Desembargador Leandro dos Santos, e o Excelentíssimo Doutor Carlos Eduardo Leite Lisboa (Juiz convocado para substituir a Excelentíssima Desembargadora Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti).

Presente à sessão a representante do Ministério Público, Dr. Herbert Douglas Targino, Procurador de Justiça.

Sala de Sessões da Primeira Câmara Cível “Desembargador Mário Moacyr Porto” do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em João Pessoa, 04 de abril de 2017.

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

*J/06 - R-J/14*