



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

**ACÓRDÃO**

**EMBARGOS DE DECLARAÇÃO Nº 0006979-34.2012.815.0011**

**Relator** :Desembargador José Ricardo Porto  
**Embargante** :CASSI – Caixa de Assistência do Banco do Brasil  
**Advogado** :Nildeval Chianca Rodrigues Júnior (OAB/PB nº 12.765)  
**Embargado** :Floripes José de Oliveira Coutinho  
**Advogado** :Leidson Farias (OAB/PB nº 699)

**EMBARGOS DECLARATÓRIOS. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE EM DECORRÊNCIA DE ALTERAÇÃO DA FAIXA ETÁRIA DO USUÁRIO. MAJORAÇÃO DO VALOR DAS MENSALIDADES. INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR POR SE TRATAR DE PLANO DE SAÚDE ADMINISTRADO PELO MODELO DE AUTOGESTÃO. INCIDÊNCIA DAS REGRAS ATINENTES AOS CONTRATOS DE ADESÃO. CLÁUSULAS PREESTABELECIDAS LESIVAS AOS DIREITOS DO SEGURADO QUE DEVEM SER REPELIDAS. ATENÇÃO À BOA-FÉ OBJETIVA. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO ADERENTE (ART. 423 DO CC/02). ESTATUTO DO IDOSO (ART.15, § 3º, DA LEI 10.741/20033). VEDAÇÃO DA COBRANÇA DE VALORES DIFERENCIADOS. DISCRIMINAÇÃO POR IDADE. APLICAÇÃO DA LEI EM ATENDIMENTO AOS FINS SOCIAIS A QUE ELA SE DIRIGE. ACOLHIMENTO PARCIAL DO RECURSO HORIZONTAL APENAS PARA ATRIBUIR EFEITO MERAMENTE INTEGRATIVO.**

- O fato do atual entendimento do Tribunal Cidadão ser pela inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos Planos de Saúde gerido na forma de autogestão não afasta a incidência das regras atinentes aos pactos de adesão, disciplinados, de forma geral, pelo Código Civil, motivo pelo qual se deve interpretar as disposições contratuais ambíguas ou contraditórias de maneira mais favorável ao aderente.

***-“APELAÇÃO CÍVEL. NEGATIVA DE COBERTURA DE PRÓTESE ESPECÍFICA. ILEGALIDADE. PLANO DE SAÚDE QUALIFICADO COMO DE AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. MUDANÇA DE ENTENDIMENTO***

**RECENTE NO ÂMBITO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (RESP. 1.285.483-PB DE 16/08/2016). AFASTAMENTO DA NORMA CONSUMERISTA QUE NÃO DESCONSTITUI A NATUREZA JURÍDICA DE CONTRATO DE ADESÃO. INCIDÊNCIA DO CÓDIGO CIVIL E DA LEI Nº 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO ADERENTE (ART. 423 DO CC/02). COBERTURA DE ENFERMIDADE QUE EM DECORRÊNCIA LÓGICA ABRANGE TODOS OS PROCEDIMENTOS INDISPENSÁVEIS PARA O ÊXITO DA SAÚDE DO SEGURADO. HERMENÊUTICA FINALISTA DO PACTO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA POR FUNDAMENTAÇÃO DIVERSA. DESPROVIMENTO DA IRRESIGNAÇÃO. Não se aplica o CDC às relações existentes entre operadoras de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão e seus filiados, na hipótese em que firmado contrato de cobertura médico-hospitalar. ” (REsp 1.285.483-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016). O fato do atual entendimento do Tribunal Cidadão ser pela inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos Planos de Saúde gerido na forma de autogestão não afasta a incidência das regras atinentes aos pactos de adesão, disciplinados, de forma geral, pelo Código Civil, motivo pelo qual se deve interpretar as disposições contratuais ambíguas ou contraditórias de maneira mais favorável ao aderente. Uma vez que o profissional médico especificou a necessidade da prótese nomeada, caberia ao plano de saúde demonstrar, cientificamente, o fornecimento de material de igual resultado. “(...) CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE OROFARINJE. TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA ATRAVÉS DA TÉCNICA DE INTENSIDADE MODULADA DE FEIXE DE RADIAÇÃO. IMRT. DEFERIMENTO EM SEDE DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. DECISÃO IRRECORRIDA. PRECLUSÃO. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. TRATAMENTO SEM EXPRESSA EXCLUSÃO DE COBERTURA. (...) Procedimento de radioterapia inserido dentro do rol de coberturas mínimas que todo o plano de saúde deve conter (art. 12 da Lei nº 9.656/98). Técnica moderna e eficaz eleita pelo médico que assiste o paciente. Negativa de cobertura fundada em argumento frágil e abusivo. (...) ” (TJ/RS. Apelação Cível Nº 70056580723, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sylvio José Costa da Silva Tavares, Julgado em 25/02/2016).” (TJPB; APL 0023630-10.2013.815.0011; Primeira Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Gustavo Leite Urquiza; DJPB 04/04/2018; Pág. 9) Grifo nosso.**

- Os planos de saúde de autogestão, embora sejam diferentes dos demais, pois não possuem fins lucrativos e não estão no mercado aberto, limitando-se a defender os interesses de seus associados que formam um grupo fechado, não estão isentos de submissão aos regramentos que vedam a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (estatuto do idoso). O reajuste que impõe um aumento a última faixa-etária (59 anos em diante) do plano de saúde, pelo simples fato do advento da idade, se traduz em verdadeiro ato discriminatório que afronta o artigo 15, §3º, do estatuto do idoso (lei nº 10.741/2003).

-O julgador deve aplicar a lei em atendimento aos fins sociais a que ela se dirige, de forma a preservar os mais importantes bens a serem tutelados, como a saúde e a vida, conforme orienta o art. 8º do NCPC:

- Art. 8º Ao aplicar o ordenamento jurídico, o juiz atenderá aos fins sociais e às exigências do bem comum, resguardando e promovendo a dignidade da pessoa humana e observando a proporcionalidade, a razoabilidade, a legalidade, a publicidade e a eficiência.

**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**, **ACOLHER PARCIALMENTE OS EMBARGOS PARA ATRIBUIR EFEITO MERAMENTE INTEGRATIVO**.

## **RELATÓRIO**

Trata-se de Embargos de Declaração opostos por **CASSI – Caixa de Assistência do Banco do Brasil**, em face da decisão colegiada de fls. 245/249, que negou provimento ao apelo por ele interposto, nos autos da presente Ação de Revisão Contratual c/c Repetição de Indébito e Pedido de Tutela Antecipada” ajuizada por **Floripes José de Oliveira Coutinho**.

Na decisão ora guerreada, esta Colenda Câmara confirmou a sentença proferida pelo Juízo de Direito da 9ª Vara Cível da Capital, que declarou nula a cláusula contratual que prevê o aumento no plano de saúde pautado exclusivamente em decorrência do avanço da idade, bem assim, determinando a restituição simples das quantias adimplidas. Por fim, condenou a instituição em custas e honorários, estes fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.

Insatisfeita, a embargante alega, em suma, violação aos dispositivos do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal; art. 15 da Lei nº 10.741/2003, arts. 1º e 2º e 3º do Código do Consumidor, além de desrespeito à Súmula nº 563 do Superior Tribunal de Justiça, sustentando que a norma consumerista não se aplica ao presente caso.

Sem contrarrazões (fls. 264).

É o breve relatório.

## VOTO

As alegações da embargante recorrente merecem prosperar em parte, apenas no que concerne a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao caso em apreço, de forma a ensejar mudança na fundamentação da decisão combatida (datada de 08/03/2016), em razão das modificações da jurisprudência aplicável ao caso, sem, todavia, haver alteração no sentido do julgamento.

Explico.

O Superior Tribunal de Justiça possuía entendimento majoritário no que se refere à aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor a todas as modalidades de operadoras de planos de saúde.

Todavia, através do REsp 1.285.483-PB, da Relatoria do Min. Luis Felipe Salomão, em decisão publicada no Diário da Justiça do dia 16/8/2016, a Corte Cidadã modificou seu entendimento, alinhando-se no sentido oposto em relação ao planos de saúde geridos sob a modalidade de autogestão, *in verbis*:

***“Não se aplica o CDC às relações existentes entre operadoras de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão e seus filiados, na hipótese em que firmado contrato de cobertura médico-hospitalar. A jurisprudência do STJ, até o presente momento, vem externando o entendimento de que as normas do CDC regulam as relações existentes entre filiados e operadoras de planos de saúde, ainda que estas se constituam na forma de autogestão, sem fins lucrativos, uma vez que a relação de consumo se caracterizaria pelo objeto contratado, ou seja, a cobertura médico-hospitalar (REsp 519.310-SP, Terceira Turma, DJ 24/5/2004). Acontece que, após recente julgamento realizado pela Segunda Seção (REsp 1.536.786-MG, DJe 20/10/2015), em que foi analisada questão de certo modo assemelhada, consistente na incidência das mesmas regras do CDC às relações envolvendo entidades de previdência privada fechadas, os aspectos lá considerados para o afastamento da legislação consumerista mostram-se de aplicação pertinente ao caso de entidades que administrem plano de saúde de autogestão, tendo em vista a coincidência de características entre as entidades, reclamando a necessidade de renovação da discussão da matéria, sempre no intuito do aperfeiçoamento da jurisprudência. Com efeito, os planos de autogestão são assim denominados dada a opção feita pela empresa empregadora em assumir a responsabilidade pela gestão e pelo fornecimento de serviços de assistência médico-hospitalar, seja por meio de rede própria seja por meio de***

*convênios ou quaisquer tipos de associação com as empresas que fornecerão, de fato, o serviço. À luz da Lei n. 9.656/1998, é possível afirmar que, apesar de serem reguladas pela mesma norma das operadoras comerciais, há, em relação a pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão, diferenças de tratamento, e uma das mais significativas diz respeito à inexigibilidade para as últimas entidades de oferecimento de plano-referência, indispensável para a constituição das pessoas jurídicas que não operam nesta modalidade. De certo, o objetivo perseguido pela lei por ocasião da criação do plano-referência foi tornar óbvias as obrigações das operadoras e, na mesma linha, as cláusulas de exclusão de cobertura, para que o contrato firmado não se mostrasse iníquo para o consumidor, principalmente no momento em que necessitasse da assistência do plano. A exclusão das operadoras de autogestão da obrigatoriedade do oferecimento do plano-referência justifica-se na própria razão de ser do modelo. É que, pensado para garantir o mínimo ao usuário, o plano-referência também representa forma de incremento na competição entre as operadoras, uma vez que, por serem praticamente idênticos os serviços disponibilizados, diferente apenas o preço, a escolha do consumidor é facilitada, sendo realizada por meio de simples comparação. Na linha desse raciocínio, como as entidades de autogestão não podem oferecer seus planos no mercado de consumo sob pena de total descaracterização da modalidade, não faz sentido, para essas pessoas jurídicas, a exigência desse mínimo. A doutrina que comenta o CDC vê, nessa particularidade, razão bastante para que o diploma consumerista não seja aplicado às relações constituídas com as operadoras de autogestão. Noutro ponto, ainda para afastar a incidência do CDC das relações com as autogestoras, doutrina assinala que, mesmo havendo retribuição dos serviços prestados por meio de remuneração, isso não parece suficiente para mudar o entendimento até aqui afirmado. Assim, há diferenças sensíveis e marcantes entre as diversas modalidades de operadoras de plano de saúde. Embora todas celebrem contratos cujo objeto é a assistência privada à saúde, apenas as comerciais operam em regime de mercado, podendo auferir lucro das contribuições vertidas pelos participantes (proveito econômico), não havendo nenhuma imposição legal de participação na gestão dos planos de benefícios ou da própria entidade. Anote-se, ademais, que, assim como ocorre nos casos de entidades de previdência privada fechada, os valores alocados ao fundo comum obtidos nas entidades de autogestão pertencem aos participantes e beneficiários do plano, existindo explícito mecanismo de solidariedade, de modo que todo excedente do fundo de pensão é aproveitado em favor de seus próprios integrantes. Portanto, as regras do Código Consumerista, mesmo em situações que não*

*sejam regulamentadas pela legislação especial, não se aplicam às relações envolvendo entidades de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão. Assim, o "tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano se viabilize. Aqueles que seguem e respeitam as normas do plano arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora" (REsp 1.121.067-PR, Terceira Turma, DJe 3/2/2012)."* (STJ - REsp 1.285.483-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016)

Não destoaria deste posicionamento os seguintes julgados do STJ:

***AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. Plano de saúde. Modalidade de autogestão. Reajuste. Onerosidade excessiva do consumidor e vedação de reajuste à pessoa idosa. Súmula nº 7 do STJ. Inaplicabilidade do CDC ao caso. Precedente da segunda seção do STJ. Entendimento em harmonia com a jurisprudência desta corte. Súmula nº 83/STJ. Ofensa a enunciado de Súmula. Súmula nº 518/STJ. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial. (STJ; AREsp 1.065.073; Proc. 2017/0049000-1; RS; Terceira Turma; Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze; DJE 31/03/2017) Grifo nosso.***

***CIVIL, CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. Recurso especial. Recurso manejado sob a égide do CPC/73. Plano de saúde. Contrato anterior à Lei nº 9.656/98. Implante de prótese cardiológica. Cobertura. Cláusula de exclusão. Operadora. Autogestão. Relação de consumo não configurada. Não incidência do CDC. Precedente da segunda seção. Cláusula não abusiva. Apelo nobre provido. (STJ; REsp 1568972; Proc. 2015/0248660-2; MG; Terceira Turma; Rel. Min. Moura Ribeiro; DJE 16/03/2017) Grifo nosso.***

Assim, diante da nova realidade jurisprudencial, necessário se faz a adequação da motivação aos novos paradigmas.

Pois bem.

O fato do atual entendimento do Tribunal Cidadão ser pela inaplicabilidade da Norma Consumerista ao pacto em apreço não afasta a incidência das regras atinentes aos contratos de adesão, disciplinados, de forma geral, pelo Código Civil.

Nesse passo, importante destacar os termos da *Lex Civilista*:

*“Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.*

*Art. 423. Quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente.*

*Art. 424. Nos contratos de adesão, são nulas as cláusulas que estipulem a renúncia antecipada do aderente a direito resultante da natureza do negócio.” Grifo nosso*

Dessa forma, mesmo não se utilizando do arcabouço protetivo do CDC, vislumbro, na espécie, que o pacto firmado entre as partes insere-se no conceito de contrato de adesão, o qual se caracteriza por possuir cláusulas estanques e uniformizadas, anteriormente formuladas e impostas de modo unilateral por um dos litigantes. Neste pensar, as disposições contratuais preestabelecidas, irrazoavelmente lesivas aos direitos dos segurados, devem ser repelidas, em atenção à boa-fé objetiva.

Ademais, o promovente possui mais de sessenta (60) anos de idade. Nesse sentido, o próprio Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) dispõe, no seu art. 15, § 3º, ser vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em virtude da idade, *in verbis*:

*Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.*

(...)

*§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.*

Outrossim, destaco que o julgador deve aplicar a lei em atendimento aos fins sociais a que ela se dirige, de forma a preservar os mais importantes bens a serem tutelados, como a saúde e a vida, conforme orienta o art. 8º do NCPC:

*Art. 8º Ao aplicar o ordenamento jurídico, o juiz atenderá aos fins sociais e às exigências do bem comum, resguardando e promovendo a dignidade da pessoa humana e observando a proporcionalidade, a razoabilidade, a legalidade, a publicidade e a eficiência.*

Por oportuno, cito os seguintes precedentes dos Tribunais Pátrios:

*DIREITO CIVIL, PROCESSUAL E ESTATUTO DO IDOSO (LEI Nº 10.741/2003). Caixa de assistência de magistrados de Pernambuco. Campe. Plano de saúde de autogestão. Estatuto que prevê aumento acima do índice indicado pela ans. Agência nacional de saúde. Possibilidade. Aumento da mensalidade que incide, apenas, sobre a última faixa-etária (59 anos em diante). Impossibilidade. Discriminação em razão da idade. Violação ao artigo 15, §3º, da Lei nº 10.741/03 (estatuto do idoso). Sentença reformada. Procedência dos pedidos. Recurso provido. Decisão unânime. Os planos de saúde de autogestão, embora sejam diferentes dos demais, pois não possuem fins lucrativos e não estão no mercado aberto, limitando-se a defender os interesses de seus associados que formam um grupo fechado, não estão isentos de submissão aos regramentos que vedam a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (estatuto do idoso e código de defesa do consumidor);. O reajuste que impõe um aumento a última faixa-etária (59 anos em diante) do plano de saúde, pelo simples fato do advento da idade, se traduz em verdadeiro ato discriminatório que afronta o artigo 15, §3º, do estatuto do idoso (lei nº 10.741/2003);. Precedentes. (TJPE; APL 0013113-82.2014.8.17.0001; Segunda Câmara Cível; Rel. Des. Francisco Manoel Tenório dos Santos; Julg. 22/03/2018; DJEPE 11/04/2018)*

*AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. SINDICATO. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. GEAP. OPERADORA DE AUTOGESTÃO MULTIPATROCINADA. RESOLUÇÃO/GEAP/CONAD Nº 099/2015. REAJUSTE DAS MENSALIDADES.(...) Em sede de cognição sumária, mostra-se abusivo o reajuste unilateral das mensalidades do plano de saúde dos associados do agravante, sendo que o suposto desequilíbrio econômico-financeiro preconizado na resolução da agravada deverá ser melhor esclarecido durante a instrução da lide. Aplicação dos arts. 47 e 51, X, § 1º, II e III, do CDC, e art. 15, § 3º, do estatuto do idoso (Lei nº 10.741/2003). IV. Estando presentes os requisitos previstos no art. 273, do CPC/1973, deve ser deferida a antecipação de tutela postulada pelo agravante. Agravo provido, em decisão monocrática. (TJRS; AI 0086516-57.2016.8.21.7000; Porto Alegre; Quinta Câmara Cível; Rel. Des. Jorge André Pereira Gailhard; Julg. 31/03/2016; DJERS 07/04/2016) Grifo nosso.*



Esta Corte de Justiça segue o mesmo entendimento:

**APELAÇÃO CÍVEL. NEGATIVA DE COBERTURA DE PRÓTESE ESPECÍFICA. ILEGALIDADE. PLANO DE SAÚDE QUALIFICADO COMO DE AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. MUDANÇA DE ENTENDIMENTO RECENTE NO ÂMBITO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (RESP. 1.285.483-PB DE 16/08/2016). AFASTAMENTO DA NORMA CONSUMERISTA QUE NÃO DESCONSTITUI A NATUREZA JURÍDICA DE CONTRATO DE ADESÃO. INCIDÊNCIA DO CÓDIGO CIVIL E DA LEI Nº 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO ADERENTE (ART. 423 DO CC/02). COBERTURA DE ENFERMIDADE QUE EM DECORRÊNCIA LÓGICA ABRANGE TODOS OS PROCEDIMENTOS INDISPENSÁVEIS PARA O ÊXITO DA SAÚDE DO SEGURADO. HERMENÊUTICA FINALISTA DO PACTO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA POR FUNDAMENTAÇÃO DIVERSA. DESPROVIMENTO DA IRRESIGNAÇÃO. Não se aplica o CDC às relações existentes entre operadoras de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão e seus filiados, na hipótese em que firmado contrato de cobertura médico-hospitalar. ” (REsp 1.285.483-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016). O fato do atual entendimento do Tribunal Cidadão ser pela inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos Planos de Saúde gerido na forma de autogestão não afasta a incidência das regras atinentes aos pactos de adesão, disciplinados, de forma geral, pelo Código Civil, motivo pelo qual se deve interpretar as disposições contratuais ambíguas ou contraditórias de maneira mais favorável ao aderente. Uma vez que o profissional médico especificou a necessidade da prótese nomeada, caberia ao plano de saúde demonstrar, cientificamente, o fornecimento de material de igual resultado. “(...) CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE OROFARINJE. TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA ATRAVÉS DA TÉCNICA DE INTENSIDADE MODULADA DE FEIXE DE RADIAÇÃO. IMRT. DEFERIMENTO EM SEDE DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. DECISÃO IRRECORRIDA. PRECLUSÃO. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. TRATAMENTO SEM EXPRESSA EXCLUSÃO DE COBERTURA. (...) Procedimento de radioterapia inserido dentro do rol de coberturas mínimas que todo o plano de saúde deve conter (art. 12 da Lei nº 9.656/98). Técnica moderna e eficaz eleita pelo médico que assiste o paciente. Negativa de cobertura fundada em argumento frágil e abusivo. (...) ” (TJ/RS. Apelação**

***Cível Nº 70056580723, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sylvio José Costa da Silva Tavares, Julgado em 25/02/2016). (TJPB; APL 0023630-10.2013.815.0011; Primeira Câmara Especializada Cível; Rel. Des. Gustavo Leite Urquiza; DJPB 04/04/2018; Pág. 9) Grifo nosso.***

Quanto ao pleito de prequestionamento dos dispositivos supostamente violados, conforme alegado no recurso horizontal, registro a desnecessidade de manifestação explícita acerca das referidas normas. Segundo o art. 1.025 do Novo Código de Processo Civil, “*consideram-se incluídos no acórdão os elementos que o embargante suscitou, para fins de pré-questionamento, ainda que os embargos de declaração sejam inadmitidos ou rejeitados, caso o tribunal superior considere existentes erro, omissão, contradição ou obscuridade.*”

Por fim, segundo Daniel Amorim Assunção Neves, “*deve ser efusivamente comemorado o art. 1.025 do Novo CPC, ao prever que se consideram incluídos no acórdão os elementos que o embargante suscitou, para fins de pré-questionamento, ainda que os embargos de declaração sejam inadmitidos ou rejeitados, caso o tribunal Superior considere existente erro, omissão, contradição ou obscuridade. Como se pode notar da mera leitura do dispositivo legal, está superado o entendimento consagrado na Súmula 211/STJ.*” (NEVES, Daniel Amorim Assunção. Manual de Direito Processual Civil – Volume único. 8ª Ed. Salvador: Ed. Juspodium, 2016. Pgs. 1.614)

Com essas considerações, **ACOLHO PARCIALMENTE OS PRESENTES EMBARGOS DE DECLARAÇÃO, ATRIBUINDO-LHES EFEITO MERAMENTE INTEGRATIVO**, tão somente para consignar que o Código de Defesa do Consumidor não deve ser aplicado ao presente caso, em razão do promovido caracterizar-se como plano de saúde de autogestão, mantendo, todavia, o sentido do julgado que confirmou a sentença de primeiro grau por outros fundamentos.

**É como voto.**

Presidiu a sessão a Exm<sup>a</sup>. Des<sup>a</sup>. Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti. Participaram do julgamento, além do relator, o Exmo. Des. José Ricardo Porto, Dr. Onaldo Rocha de Queiroga, juiz convocado em substituição ao Exm<sup>o</sup>. Des. Leandro dos Santos e a Exm<sup>a</sup>. Des<sup>a</sup>. Maria de Fátima Moraes Bezerra Cavalcanti.

Presente à sessão a representante do Ministério Público, Dr. Amadeu Lopes, 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, 31 de julho de 2018.

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



<sup>1</sup> Inadmissível recurso especial quanto à apreciação pelo Tribunal a quo. (Súmula 2

ção de embargos declaratórios, não foi em 01/07/1998, DJ 03/08/1998, p. 366)

