



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

Processo: 0173411-88.2013.8.06.0001 - Apelação

Apelante/Apelado: Unimed Fortaleza Sociedade Cooperativa Médica Ltda e José Pedro Alves Rocha

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. CIVIL E PROCESSO CIVIL. REPARAÇÃO DE DANOS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVAÇÃO DE PROCEDIMENTO. DIREITO À SAÚDE. CASOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA. NÃO SUJEIÇÃO AO PRAZO DE CARÊNCIA CONTRATUAL. DANOS MORAIS. RAZOABILIDADE DO VALOR ARBITRADO. *QUANTUM* INDENIZATÓRIO. PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE. MAJORAÇÃO.

1. A relação de seguro saúde em que se alicerça a demanda principal é relação de consumo e, portanto, deve obediência às disposições do CDC, uma vez que se trata de prestação de serviços à pessoa física hipossuficiente em relação à empresa demandada.

2. Dos autos consta que o promovente, o Sr. José Pedro Alves Rocha foi submetido a uma angiogramografia que detectou obstruções em três (3) artérias, sendo uma delas bastante severa apresentando um grau de obstrução de 95% (noventa e cinco por cento), e as outras com 70% (setenta por cento) e 50% (cinquenta por cento), conforme se certifica à fl. 34. Após requisição de exame de urgência, a Unimed Fortaleza negou a realização, sob o argumento de doença preexistente.

3. De acordo com a jurisprudência deste Egrégio Tribunal de Justiça e do Colendo Superior Tribunal de Justiça, é abusiva a cláusula contratual que estabelece prazo de carência para situações de emergência. Precedentes.

4. É firme o entendimento do Colendo Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que há caracterização do dano moral quando a operadora do plano de saúde se recusa à cobertura do tratamento médico emergencial ou de urgência, como no caso dos autos, não havendo que se falar em mero aborrecimento por inadimplemento contratual.

5. A fixação dos danos morais no patamar de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) cumpre, no presente caso, a função pedagógico-punitiva de desestimular o ofensor a repetir a falta, sem constituir, de outro lado, enriquecimento indevido.

6. Recurso de apelação interposto por Unimed Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico Ltda conhecido e improvido.

7. Recurso de apelação interposto por José Pedro Alves Rocha conhecido e parcialmente provido. Sentença reformada em parte, para majorar a condenação por danos morais para o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

ACÓRDÃO:

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, ACORDAM os Desembargadores integrantes da Sétima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, à unanimidade, em conhecer do recurso de apelação interposto por Unimed Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, para **NEGAR-LHE PROVIMENTO**, e conhecer do recurso de apelação interposto por José Pedro Alves Rocha, para **DAR-LHE PARCIAL PROVIMENTO**, tudo nos termos do voto do desembargador relator.



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

Fortaleza, 30 de agosto de 2016

Presidente do Órgão Julgador

DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE

Relator

Procurador(a) de Justiça

RELATÓRIO

Cuidam-se os autos de Apelações Cíveis interpostos em face de sentença prolatada pelo MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza, nos autos de Ação Ordinária de Reparação de Dano, ajuizada por **JOSÉ PEDRO ALVES ROCHA**, em desfavor de **UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA**,.

Adoto o relatório da sentença:

“Vistos, etc.

JOSÉ PEDRO ALVES ROCHA ingressou com uma ação de reparação de danos morais, neste juízo, em face da UNIMED FORTALEZA # COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA, conforme inicial e documentos de pgs. 01 usque 48.

O promovente alegou o seguinte: a) que trabalhou por quase nove anos no Banco do Brasil, período no qual era usuário do plano de saúde dos servidores do Banco do Brasil, vinculado a Cassi (Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil); b) que, após sua saída do Banco, para não ficar sem cobertura de plano de saúde, a esposa do promovente, Maria das Graças de Sousa Rocha, que antes era sua dependente na Cassi, aderiu ao plano de saúde da promovida, num plano coletivo da Associação dos Servidores da Secretaria do Planejamento do Estado do Ceará; c) que o promovente passou a ser dependente no plano contratado pela sua esposa, tendo sua entrada se dado pela portabilidade, que seria livre de carência, segundo os termos da legislação da ANS; d) que o promovente se submeteu a exames adicionais e ficou constatado que não havia qualquer doença pré-existente; e) que ao fazer exames de rotina foi verificada a presença de uma área de isquemia, o que fez com que seu médico solicitasse uma angiotomografia coronária, que detectou obstruções de três artérias, sendo que em uma delas a obstrução apresentou grau de 95%; f) que diante desse quadro o médico solicitou a realização de uma cineangiocoronariografia, haja vista que o quadro do promovente se complicava rapidamente; g) que a promovida negou autorização para a realização do exame, alegando se tratar de doença pré-existente, tendo o promovente recorrido ao SUS, sendo internado no Hospital de Messejana e submetido a cirurgia, na qual foram implantadas duas pontes de safena e uma mamária; h) que o promovente pagava os serviços do plano de saúde, mas no momento que necessitou do mesmo teve seu pedido negado, submetendo-se ao sistema público de saúde, o que causou sentimento de humilhação, haja vista não ser suprida sua necessidade pelo plano de saúde contratado; i) que requer que seja a parte promovida citada para contestar a presente ação; j) que requer que seja a parte promovida condenada ao pagamento de



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

indenização por danos morais em valor a ser arbitrado pelo juízo, mas que não seja inferior a trinta salários mínimos; k) que requer que seja a promovida condenada aos ônus da sucumbência, protestando provar o alegado por todos os meios permitidos pelo Direito.

Este juízo, em despacho de pgs. 49, deferiu a gratuidade e determinou a citação da promovida. Citação, por carta (pg. 51).

A promovida ofereceu contestação e documentos às pgs. 52/184, argumentando o seguinte: a) o promovente é portador de doença pré-existente ao contrato, conforme declaração de saúde e o prazo de carência para doenças e lesões pré-existentes é de 24 meses, assim sendo o promovente cumpriria sua carência em 20 de junho de 2014; b) que o promovente é beneficiário de um plano de saúde da promovida, na condição de dependente, desde 01 de julho de 2012, através de contrato coletivo firmado entre a promovida e a ASSEPLAN; c) que o que ocorreu, quando da mudança de seu plano da Cassi para a UNIMED, foi um aproveitamento parcial de carências, pois não fora possível realizar a portabilidade, haja vista o beneficiário ter contratado a promovida, três meses após o cancelamento de seu plano anterior, quando deveria ter feito em até trinta dias; d) que as carências por lesões preexistentes não foram aproveitadas e, em nenhum momento, foi informado que o plano seria sem carências; e) que a negativa de autorização para realização da cineangiocoronariografia se deu por conta do prazo de carência para doenças preexistentes, que o promovente ainda não tinha cumprido, conforme cláusula 14.3 do contrato; f) que não houve falha ou irregularidade na prestação do serviço por parte da promovida, que agiu dentro do que estava disposto no contrato, respeitando a legislação aplicável, não tendo praticado qualquer ato ilícito ou abusivo, não havendo que se falar em danos causados pela promovida em relação ao promovente; g) que requer que seja a presente ação julgada improcedente, protestando provar o alegado por todos os meios permitidos pelo Direito.

Instada a se manifestar (pg. 185), a parte promovente refutou os argumentos da contestação reafirmando o alegado na exordial (pgs. 187/222).

Este juízo, em despacho de pg. 186, designou audiência preliminar. Audiência realizada a pg. 283, restando infrutífera a conciliação e sendo requerido pelas partes o julgamento antecipado do feito, nos termos do art. 330, I do CPC, o que foi deferido por esse juízo, tendo sido anunciado o julgamento em audiência.”

Sobreveio sentença às fls. 285/291, onde o MM. Juiz, na parte dispositiva do referido *decisum*, assim se manifestou:

“Isto posto, hei por bem, julgar por sentença PROCEDENTE o pedido dos promoventes, condenando a promovida no pagamento da quantia de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a título de danos morais, com correção monetária pelo INPC a partir do arbitramento (Súmula 362 do STJ) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do evento danoso, ou seja, da data da cirurgia pelo SUS (Súmula 54 do STJ).

Condeno a promovida, nas custas processuais e nos honorários advocatícios, que arbitro em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação.

P.R.I. Cumpra-se.”

Irresignada com a referida decisão, a Unimed Fortaleza interpôs recurso de apelação às fls. 294/305, aduzindo, em síntese: a) que o apelado não faz jus ao procedimento que pleiteia, pois à data da requisição de autorização para a



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

cirurgia, ainda não havia cumprido a carência inicial, legal e contratual, de 24 meses para doenças ou lesões preexistentes; b) que o apelado possui doença cardíaca desde data anterior à contratação do plano de saúde; c) que o contrato apresenta cláusula em destaque que dispõe acerca do cumprimento de carência por doença e/ou lesões preexistentes; d) que não se encontram presentes os requisitos da responsabilidade civil, razão pela qual não há que se falar em danos morais indenizáveis; e) não sendo reformada a sentença, pugna pela minoração do quantum indenizatório.

Nestes termos, postula pelo conhecimento e provimento do recurso para que seja reformada a sentença vergastada, para excluir a condenação em danos morais, ou, não sendo este o entendimento, que seja os valores arbitrados de forma menos severa à apelante.

O promovente apresentou contrarrazões às fls. 313/323.

Recurso adesivo aviado pelo promovente José Pedro Alves Rocha às fls. 324/331, em que postula pela majoração da condenação para o valor de 30 (trinta) salários mínimos.

Sem contrarrazões da Unimed Fortaleza, conforme certidão de fl. 345.

Vieram-me conclusos os autos.

É o que importa relatar.

VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do recurso de apelação.

Cuidam os autos de apelações cíveis interpostas em face de sentença exarada pelo juízo da 2ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza, nos autos de Ação Ordinária de Reparação por Dano Moral ajuizada por **JOSÉ PEDRO ALVES ROCHA**, em desfavor de **UNIMED DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA**.

Primeiramente, passo a analisar as razões recursais apresentadas pela promovida Unimed de Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Sustenta a apelante Unimed Fortaleza que, ao contrário do que alega o promovente, não foi possível realizar a portabilidade entre o plano Cassi para Unimed Fortaleza, uma vez que o beneficiário só contratou a cooperativa 3 (três)



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

meses após o cancelamento de seu plano anterior, enquanto que é pré-requisito para a portabilidade a contratação do novo plano de saúde em no máximo 30 (trinta) dias após o cancelamento do plano anterior. Assim, a carência para doenças ou lesões preexistentes não foram reaproveitadas.

Argui, assim, que o apelado não fez jus ao procedimento que pleiteia, pois, à data da requisição de autorização para a cirurgia, ainda não havia cumprido a carência inicial, legal e contratual, de 24 (vinte e quatro) meses para doenças ou lesões preexistentes, pois, segundo alega, o apelado possui doença cardíaca desde data anterior à contratação do plano de saúde, cláusula expressa de seu contrato.

Com efeito, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 197, estabelece que as ações e serviços de saúde devem ser fiscalizados e controlados pelo Poder Público, sendo que a saúde é um direito de todos, em consonância com o artigo 196.

*Art. 196. **A saúde é direito de todos** e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

*Art. 197. **São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.***

Os planos de saúde são regulados pela ANS (Agência Nacional de Saúde), a qual estabelece todas as diretrizes que devem ser seguidas pelas empresas privadas que prestam serviços de assistência à saúde aos conveniados.

Tal agência reguladora, em sua Resolução Normativa 211/2010, a qual atualizou o rol de procedimentos e eventos em saúde de todos os conveniados que tivessem contratado o plano a partir de 1998 ou que tivessem regularizado seu plano de saúde, dispôs da seguinte forma:

Art. 3º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

Art. 4º. Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

Isto posto, adianto que a irresignação não comporta provimento.

A controvérsia estabelecida entre a seguradora e o promovente José Pedro Alves Rocha refere-se à subsistência ou não do prazo de carência, que poderia impedir a realização da cirurgia pleiteada. Em razões recursais, como já visto, defende a cooperativa apelante que o prazo de carência ainda encontra-se em vigência o que a impediria de autorizar a realização da referida cirurgia.

Apesar dos argumentos recursais de estrito cumprimento do disposto em contrato devidamente chancelado entre as partes, destaque-se que a atividade securitária submete-se às disposições do Código de Defesa do Consumidor, em face do disposto no seu art. 3º, §2º, senão vejamos:

"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".

Cláudia Lima Marques, *in* Contratos no Código de Defesa do Consumidor, 2ª edição, Revista dos Tribunais, comenta acerca da devida aplicação do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de seguro, *in verbis*:

"Resumindo, em todos estes contratos 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. Portanto, os contratos de seguros estão submetidos ao Código de Proteção do Consumidor, devendo suas cláusulas estarem de acordo com tal diploma legal, devendo ser respeitadas as formas de interpretação de e elaboração contratuais, especialmente a respeito do conhecimento ao consumidor do conteúdo do contrato, a fim de coibir desequilíbrio entre as partes, principalmente em razão da hipossuficiência do consumidor em relação ao fornecedor".



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

Recentemente, o Colendo Superior Tribunal de Justiça petrificou o entendimento de aplicabilidade do Código Consumerista às relações contratuais, conforme a espécie, é o que se observa através do enunciado da Súmula nº 469, *in litteris*: "*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*". Alguns são os precedentes relacionados a este enunciado: Resp 251.024, Resp 986.947, Resp 1.046.355, Resp 1.106.789, AgRg no Ag 1.250.819, Resp 1.106.557, Resp 466.667 e Resp 285.618.

E nesta toada vem decidindo a Corte Superior:

"(...) a operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo Código de Defesa do Consumidor, pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota". (Resp 267.530/SP, Rel. Ministro Ruy Rosado de Aguiar, DJe 12/3/2001).

Dos autos consta que o promovente/apelado, o Sr. José Pedro Alves Rocha foi submetido a uma angiogramografia que detectou obstruções em três (3) artérias, sendo uma delas bastante severa apresentando um grau de obstrução de 95% (noventa e cinco por cento), e as outras com 70% (setenta por cento) e 50% (cinquenta por cento), conforme se certifica à fl. 34.

Diante desse quadro clínico, o profissional médico requereu a realização de uma cineangiogramografia (fl. 36), diante da complicação e das dores que atingia o peito do promovente.

Todavia, conforme ressaltado pela própria apelante/promovida, tal exame não foi autorizado, sob a alegativa de doença preexistente.

Diante da negativa, teve o promovente/apelado que se socorrer do Sistema Único de Saúde, onde realizou o exame e, imediatamente foi internado e submetido a cirurgia de emergência, para implantação de duas pontes de safenas e uma mamária, conforme se atesta dos documentos de fls. 37/38.

Nesse contexto, agiu com acerto o Magistrado ao considerar ser indevida a negativa da realização do exame, pois o que está em jogo é o próprio direito à vida e à dignidade da existência, sendo certo que esses valores supremos e indissociáveis estão muito acima de qualquer convenção, impondo-se relativizar, no caso em exame, a cláusula de carência, pois a emergencialidade da situação, conjugada à sobrevivência digna do enfermo, deve prevalecer sobre quaisquer interesses contratuais ou financeiros (secundários, portanto).

Nesse tocante, a jurisprudência do STJ já se posicionou pela licitude da cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde, **mas desde que não obste o acesso do segurado a tratamentos necessários em casos de emergência ou urgência, como é o**



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

caso dos autos.

Neste sentido, transcrevo:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CARÊNCIA. CONTRATO QUE AFASTA A NECESSIDADE DE CUMPRIMENTO DO PRAZO. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. AFASTAMENTO DA CARÊNCIA. SÚMULA 83/STJ. RECUSA NO ATENDIMENTO. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Inviável infirmar as conclusões do acórdão recorrido, o qual asseverou que o contrato firmado entre as partes estabelece que novos associados não necessitariam cumprir os prazos de carência.

Revisão das cláusulas contratuais e das provas dos autos. Incidência das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.

2. De acordo com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, é abusiva a cláusula contratual que estabelece prazo de carência para situações de emergência. Precedentes. Incidência do óbice previsto no enunciado n. 83 da Súmula desta Corte.

3. O entendimento firmado no STJ é no sentido de que há caracterização do dano moral quando a operadora do plano de saúde se recusa à cobertura do tratamento médico emergencial ou de urgência, como no caso dos autos, não havendo que se falar em mero aborrecimento por inadimplemento contratual. Aplicação da Súmula 83/STJ.

4. Agravo regimental desprovido.

(AgRg no AREsp 854.954/CE, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/05/2016, DJe 06/06/2016) Grifei

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA. PERÍODO DE CARÊNCIA.

CLÁUSULA ABUSIVA. DANO MORAL. QUANTUM RAZOÁVEL E PROPORCIONAL. PRINCÍPIO DA UNIRRECORRIBILIDADE. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. A jurisprudência desta Corte é no sentido de que o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento emergencial, como ocorrido no presente caso, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento.

2. A cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência.

3. O valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) arbitrado a título de dano moral não se mostra excessivo, tendo em vista as circunstâncias específicas do caso concreto.

4. A interposição de quatro recursos pela mesma parte e contra a mesma decisão impede o conhecimento dos recursos interpostos após o primeiro, haja vista a preclusão consumativa e o princípio da unirrecorribilidade das decisões.

5. Agravo interno não provido.

(AgRg no REsp 1432505/DF, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 02/02/2016, DJe 16/02/2016) Grifei

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

RECURSO ESPECIAL. VIOLAÇÃO À LEI FEDERAL. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO.

INCIDÊNCIA DA SÚMULA 211/STJ. PLANO DE SAÚDE. DENGUE TIPO HEMORRÁGICA. PESSOA IDOSA (79 ANOS). SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. RECUSA DE COBERTURA. CLÁUSULA QUE PREVÊ PERÍODO DE CARÊNCIA. CARÁTER ABUSIVO. DANO MORAL CONFIGURADO. VERBA INDENIZATÓRIA FIXADA EM VALOR RAZOÁVEL. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Constata-se que o Tribunal de origem, apesar da oposição dos embargos declaratórios, não examinou a controvérsia sob o enfoque dado pelo agravante, razão pela qual, à falta do necessário prequestionamento, a questão não merece ser conhecida. Caberia ao agravante, de acordo com a iterativa jurisprudência desta Corte, alegar, nas razões do apelo especial, violação ao artigo 535 do Código de Processo Civil, providência, todavia, da qual não se incumbiu. Correta, portanto, a aplicação da Súmula 211 do Superior Tribunal de Justiça.

2. A jurisprudência do eg. Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de considerar que a existência de cláusula que prevê período de carência para uso do plano de saúde afigura-se legítima, exceto se servir para excluir tratamentos de natureza emergencial.

Precedentes.

3. Na hipótese, a col. Corte de origem, com base em análise do acervo fático-probatório dos autos, concluiu que o tratamento requerido era de urgência. Rever tal entendimento demandaria o vedado exame das provas carreadas aos autos, a teor da Súmula 7/STJ.

4. 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.

5. Na fixação de indenização por danos morais, são levadas em consideração as peculiaridades da causa. Nessas circunstâncias, considerando a gravidade do ato, o potencial econômico do ofensor, o caráter pedagógico da indenização e os parâmetros adotados em casos semelhantes, não se mostra desarrazoada ou desproporcional a fixação do quantum indenizatório em R\$ 10.900,00 (dez mil e novecentos reais).

6. Agravo regimental a que se nega provimento.

(AgRg no AREsp 520.750/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 05/02/2015, DJe 23/02/2015) Grifei

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. URGÊNCIA CONFIGURADA. NEGATIVA DE COBERTURA. PRAZO DE CARÊNCIA. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ.

1. Aplicam-se as Súmulas n. 5 e 7 do STJ quando a tese versada no recurso especial reclama a interpretação de cláusulas contratuais e a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

2. A interpretação de cláusula de carência estabelecida em contrato de plano de saúde deve, em circunstâncias excepcionais, como a necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave, ser ponderada a fim de assegurar o eficiente amparo à vida e à saúde.

3. Agravo regimental desprovido. (STJ - AgRg no AREsp: 110818 RS 2011/0258532-7, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 06/08/2013, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 19/08/2013) Grifei

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. NEGATIVA DE



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INEXISTÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. CARÊNCIA. TRATAMENTO DE URGÊNCIA. COBERTURA DEVIDA. ACÓRDÃO RECORRIDO EM HARMONIA COM O ENTENDIMENTO DESTA CORTE. AGRAVO IMPROVIDO." (AgRg no Ag 1322204/PA, Relator o Ministro MASSAMI UYEDA, DJe de 20.10.2010)

"CIVIL E PROCESSUAL. ACÓRDÃO ESTADUAL. NULIDADE NÃO CONFIGURADA. PLANO DE SAÚDE. CARÊNCIA. TRATAMENTO DE URGÊNCIA. RECUSA. ABUSIVIDADE. CDC, ART. 51, I.

I. Não há nulidade do acórdão estadual que traz razões essenciais ao deslinde da controvérsia, apenas por conter conclusão adversa ao interesse dos autores. II. (...)

III. **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 inócua o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida.**

IV. Recurso especial conhecido em parte e provido." (REsp 466667/SP, Relator o Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, DJ de 17.12.2007). Grifei

Demonstrado o risco de morte para o promovente, restaram configurados os pressupostos autorizadores da mitigação da cláusula contratual de carência dos serviços do plano de saúde, sendo inadmissível fazê-la prevalecer sobre o direito à sobrevivência digna, mormente porque há de ser levado em conta o disposto no art. 35-C, da Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde.

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, caracterizado em declaração do médico assistente;**

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

III - de planejamento familiar. (Grifei)

A teor do referido artigo, é obrigatória a cobertura de atendimento nos casos de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Resta configurada, portanto, a extrema urgência e necessidade e grave risco de lesão a que estaria cometido o Apelado, não havendo, portanto, justificativa plausível para a negativa da cooperativa apelante.

Ademais, **os direitos à vida e à saúde**, que são direitos públicos subjetivos invioláveis, **devem prevalecer sobre os interesses administrativos e financeiros da instituição privada.**

A propósito do tema, a jurisprudência deste Sodalício é remansosa no



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

sentido de que é inadmissível a estipulação de prazo de carência, nos contratos de plano de saúde, em casos de urgência e emergência. Veja-se os seguintes arestos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. **PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA FACE À ALEGADA PRÉ-EXISTÊNCIA DA DOENÇA. OBESIDADE MÓRBIDA. PEDIDO MÉDICO QUE DÁ CONTA DE QUE O AUTOR SOFRE DE VÁRIAS COMORBIDADES. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.** 1.- O Agravante está inconformado com o indeferimento da liminar em face de a magistrada a quo entender não estar configurada situação de emergência/urgência médica capaz de excepcionar o prazo de carência previsto contratualmente e impor o dever de cobertura. 2.- O direito à saúde, constitucionalmente previsto, é fundamental e assiste a todas as pessoas, representando conseqüência indissociável do direito à vida e a dignidade da pessoa humana. 3.- O Superior Tribunal de Justiça já sumulou que os contratos de seguro-saúde ou de assistência médica, como submetidos às normas do Código de Defesa do Consumidor. 4.- É certo que o recorrente sabia, no ato da contratação, do grau de sua obesidade, e que necessitava de tratamento. Contudo, não se pode alegar que tinha ciência do risco de morte, e que haveria a necessidade de se submeter à cirurgia de estômago, em caráter emergencial. 5.- Na realidade, cabia ao agravado, no ato da contratação, realizar exames, a fim de garantir a ausência de doença preexistente, ante o grau de obesidade do recorrente. 6.- **Diante das evidências de que se trata de um agravamento de quadro mórbido, com risco de vida, resta caracterizado o estado de emergência que, nos termos da Lei nº 9656/98, art. 12, § 2º, I, dispensa o cumprimento do prazo de carência, sendo obrigatória a cobertura do atendimento.** 7.- Recurso conhecido e provido. (Agravado de Instrumento 0621300-05.2015.8.06.0000; Relator(a): JUCID PEIXOTO DO AMARAL; Comarca: Fortaleza; Órgão julgador: 6ª Câmara Cível; Data do julgamento: 03/06/2015; Data de registro: 03/06/2015) Grifei

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM SEDE DE RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. **PRAZO DE CARÊNCIA.** PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. ALEGAÇÃO DE OMISSÃO, VEZ QUE O ACÓRDÃO EMBARGADO NÃO SE PRONUNCIOU ACERCA DOS DISPOSITIVOS DO CONTRATO E DAS DEMAIS PROVAS ACOSTADAS AOS AUTOS QUE COMPROVAM A LEGITIMIDADE DA NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DA EMBARGANTE. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRARIEDADE OU OBSCURIDADE NO ACÓRDÃO EMBARGADO. REDISCUSSÃO DA MATÉRIA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 18 DO TJCE. ACLARATÓRIOS INTERPOSTOS PARA FINS DE PREQUESTIONAMENTO. NECESSÁRIA OBSERVÂNCIA DOS LINDES TRAÇADOS EM LEI (ART. 535, INCISOS I E II DO CPC). O OBJETIVO DOS ACLARATÓRIOS NÃO É ASSEGURAR O REQUISITO DO PREQUESTIONAMENTO DOS RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO CONHECIDOS, PORÉM DESPROVIDOS. 1. Observando-se as razões recursais, verifica-se que o objetivo da parte embargante consiste em prequestionar a matéria, com o objetivo de acionar a Instância Especial, bem como modificar o acórdão prolatado pela 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Ceará, alegando, em síntese, a impossibilidade de cobertura do procedimento médico (internação em leito de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI), em razão do prazo de carência estabelecido no instrumento contratual e na Resolução CONSU N. 13. 2. Ocorre, todavia, que a matéria em tablado foi amplamente discutida e apreciada no corpo do voto guerreado. **Deveras, restou demonstrada a abusividade da cláusula**



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

contratual, consoante farto entendimento jurisprudência, já que em casos de emergência/urgência, o único prazo máximo de carência que poderá ser estabelecido é de 24 (vinte e quatro) horas. Outrossim, restou consignado que a Resolução CONSU n. 13 não se coaduna com o art. 12, V, "c", da Lei n. 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), o qual fixa o prazo máximo de vinte e quatro horas de carência para a cobertura dos casos de urgência e emergência. 3. No caso dos autos há que se consignar o mero intuito da embargante em rediscutir a matéria já apreciada, algo incabível em sede de aclaratórios. Incidência da Súmula 18 do TJCE. 4. Por fim, o objetivo dos aclaratórios não é assegurar o requisito do prequestionamento dos recursos extraordinários, como assim pretende a insurgente, mas sim integrar a decisão impugnada, sanando possíveis vícios, tais como omissão, contrariedade ou obscuridade, o que não se visualiza no caso em apreço. 5. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO CONHECIDOS E DESPROVIDOS. (Embargos de Declaração 0025909-92.2006.8.06.0001; Relator(a): PAULO FRANCISCO BANHOS PONTE; Comarca: Conversão; Órgão julgador: 1ª Câmara Cível; Data de registro: 12/08/2013)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA ANTECIPADA. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO EMERGENCIAL. QUADRO CLÍNICO DE EXTREMA GRAVIDADE. CLÁUSULA DE CARÊNCIA. RELATIVIZAÇÃO. PREVALÊNCIA DO DIREITO À VIDA. 1. Reveste-se de licitude a cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde. A sua incidência, porém, deve ser mitigada quando se trata de caso emergencial, com risco de morte, pois o direito à vida configura um valor supremo, que vai muito além de qualquer ajuste privado, devendo prevalecer sobre o interesse contratual de ordem financeira, secundário, portanto. 2. Demonstrada a situação de urgência, conjugada à necessidade de resguardo à sobrevivência digna do paciente, a antecipação de tutela com vistas a garantir assistência médica domiciliar deve ser confirmada, relativizando-se a carência contratual ante a ocorrência de 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." (STJ, REsp 466667/SP, DJ 17.12.2007). 3. Agravo conhecido e não provido. (Apelação 0037816-28.2010.8.06.0000; Relator(a): TEODORO SILVA SANTOS; Comarca: Conversão; Órgão julgador: 4ª Câmara Cível; Data de registro: 14/07/2011
Ementa: em>)

apelação CÍVEL. Direito do consumidor. Plano de saúde. APLICABILIDADE DO CDC. SÚMULA 469 DO STJ. Cobertura. Prazo de carência. PROCEDIMENTO DE Urgência/emergência. Lei n. 9.656/98 (art. 12, V, "c"). prazo máximo DE CARÊNCIA: 24 horas. RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDO E DESPROVIDO, A FIM DE MANTER INCÓLUME A SENTENÇA VERGASTADA. 1. O cerne da questão controvertida consiste em averiguar a possibilidade de desconsideração do prazo de carência estipulado em contrato de prestação de serviços médico-hospitalares em caso de urgência/emergência de atendimento (internação em leito de UTI, em razão de acidente vascular cerebral - AVC). 2. A aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde é pacificamente reconhecida pela jurisprudência pátria, em consonância com o disposto na Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça. 3. **Consoante entendimento consolidado pelo colendo Superior Tribunal de Justiça, é inadmissível a estipulação de prazo de carência, nos contratos de plano de saúde, em casos de urgência e emergência.** A única restrição possível é aquela prevista na Lei n. 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), art. 12, V, "c", que estabelece o prazo máximo de carência de 24 (vinte e quatro) horas.



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

Precedente do TJCE. 4. RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDO E DESPROVIDO, A FIM DE MANTER INTEGRALMENTE A DECISÃO VERGASTADA. (Apelação 0025909-92.2006.8.06.0001; Relator(a): PAULO FRANCISCO BANHOS PONTE; Comarca: Fortaleza; Órgão julgador: 1ª Câmara Cível; Data de registro: 22/02/2013)

CIVIL E CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. DOENÇA PREEXISTENTE. EXAME PRÉVIO. ÔNUS DA OPERADORA. AUSÊNCIA DE PROVAS. **CASOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA. NÃO SUJEIÇÃO AO PRAZO DE CARÊNCIA CONTRATUAL.** DANOS MORAIS. RAZOABILIDADE DO VALOR ARBITRADO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. 1 - Encontra-se provado documentalmente e é incontroverso nos autos que em 28/02/2007, ou seja, 20 (vinte) meses depois da assinatura do contrato de plano de saúde a autora e seu filho, igualmente postulante, dirigiram-se ao Hospital Antonio Prudente, estando o último requerente com quadro clínico gravíssimo de "pneumotórax espontâneo primário", tendo sido negada a internação solicitada pelo médico atendente sob o fundamento de doença pré-existente, tendo ambos de acorrer ao Instituto Dr. José Frota (IJF), onde ocorreu imediata internação do menor, o qual foi submetido a intervenção cirúrgica de drenagem torácica. 2 - Ocorre que o art. 11 da Lei nº 9.656/1998 é enfático ao afirmar que o ônus da prova e a demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário em relação a doenças preexistentes cabe à respectiva operadora do plano de saúde. Desta forma, não havendo exame prévio para a demonstração da doença preexistente, nem prova nos autos desse fato, não pode ser imposta a obediência à carência contratual pelo beneficiário. Precedentes. 3 - Em que pese a regra legal e contratual sobre a carência de 24 meses para os casos de doenças preexistentes, a Lei 9.656/1998 trouxe previsão legal de exceção para casos de emergência e urgência, conforme dispõe o art. 12, inciso V, alínea "c" da citada lei. Assim, torna-se obrigatória a cobertura pela seguradora, mesmo antes de transcorrido o prazo contratual de carência, sempre que se cuide de situação de emergência ou urgência, respeitado apenas o prazo de carência de 24 horas. Precedentes. 4 - No que concerne aos danos morais, cumpre-se salientar que, embora sufraguem os Tribunais Pátrios que o inadimplemento contratual não gera danos morais, entende-se que a situação posta versa sobre uma exceção a este posicionamento. Isso porque, salvo melhor juízo, houve injusta e abusiva recusa de cobertura pelo plano de saúde e os autores, ora apelados, que já se encontravam em situação de extrema debilidade, tiveram de suportar mais esse constrangimento que extrapola o mero aborrecimento, até porque atentou contra o direito mais sagrado do indivíduo (sua saúde) e contra um dos pilares da República Federativa do Brasil (a dignidade da pessoa humana - art. 1º, III, CRFB/1988). Iterativos julgados do STJ e deste TJCE. 5 - Logo, no caso sob exame, entende-se que agiu acertadamente o douto magistrado de origem, que julgou procedente o pleito de indenização por danos morais, considerando que os autores tiveram que suportar negativa arbitrária da operadora do plano de saúde. Ademais, verifica-se que o quantum fixado em sentença, R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para cada qual, respeitou os critérios da razoabilidade e proporcionalidade, não merecendo, igualmente, reparos a sentença neste aspecto. 6 - Ademais, o apelo limitou-se a repetir a contestação nesse aspecto, não esgrimindo qualquer contraposição aos fundamentos da sentença de piso, de sorte que exsurge mais um motivo para a manutenção da condenação outrora sufragada nestes autos. Apelação conhecida, mas desprovida. (Apelação 0068123-64.2007.8.06.0001; Relator(a): MANOEL CEFAS FONTELES TOMAZ; Comarca: Fortaleza; Órgão julgador: 6ª Câmara Cível; Data de registro: 17/12/2012)



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

CIVIL E CONSUMIDOR. AÇÃO INDENIZAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. HAPVIDA. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES. INDICAÇÃO MÉDICA DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DA HAPVIDA SOB O ARGUMENTO DE NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA. PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA. ABUSIVIDADE. RESPONSABILIDADE EVIDENCIADA. CONSTRANGIMENTO. DEVER DE INDENIZAR. DANOS MATERIAIS E MORAIS CONFIGURADOS. SENTENÇA REFORMADA. É evidente que deve ser respeitado o equilíbrio dos contratos, mas o pacta sunt servanda deve sofrer abrandamentos quando se tratar de situações sui generis, como a ora analisada. O contrato deve ser interpretado em favor do consumidor. **É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência, que impliquem risco imediato de vida para o paciente.** O descumprimento de contrato gera o dever de indenizar os danos materiais e morais suportados pelo consumidor. Os valores fixados à título de indenização devem se mostrar satisfatórios para reparar os constrangimentos sofridos pelo autor, bem como para apenar, de forma satisfatória, e com caráter pedagógico, a empresa ré. Apelação cível conhecida e provida. (Apelação 0090777-79.2006.8.06.0001; Relator(a): JUCID PEIXOTO DO AMARAL; Comarca: Fortaleza; Órgão julgador: 6ª Câmara Cível; Data de registro: 03/09/2010) Grifei

Esta 7ª Câmara Cível apreciou recentemente caso análogo, conforme se verifica em aresto de minha relatoria que abaixo colaciono:

AGRAVO REGIMENTAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FORNECIMENTO DE TRATAMENTO ADEQUADO. NEGATIVA. ABUSIVIDADE. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.

1. A operadora de plano de saúde pode eleger as doenças cobertas pelo plano, mas não os tratamentos necessários para a cura de doença coberta pelo plano.
2. A relação de seguro saúde em que se alicerça a demanda principal é relação de consumo e, portanto, deve obediência às disposições do CDC, uma vez que se trata de prestação de serviços à pessoa física hipossuficiente em relação à empresa demandada.
3. Aos planos de saúde é vedado decidir qual o tipo de medicação ou tratamento que é necessário ao paciente. A responsabilidade penal e civil do diagnóstico, do tratamento e da medicação indicada repousa sobre o profissional médico e não do plano de saúde. Àquele cabe apenas providenciar os meios de prestar integral cobertura do tratamento.
4. Demonstrada a abusividade da cláusula contratual, em casos de emergência/urgência, o único prazo máximo de carência que poderá ser estabelecido é de 24 (vinte e quatro) horas.
5. Agravo regimental conhecido, mas improvido. (TJCE. Agravo 0628773-42.2015.8.06.0000/50000. Relator: Desembargador Francisco Bezerra Cavalcante. Órgão Julgador: 7ª Câmara Cível. Julgado em: 15/12/2015. Publicado em: 18/12/2015)

Conforme já visto, a jurisprudência do Colendo Superior Tribunal de Justiça, acima colacionada, é firme no sentido de que *“o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para*



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

tratamento emergencial, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento” (AgRg no REsp 1432505/DF, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 02/02/2016, DJe 16/02/2016).

Portanto, dúvida não há que configurado o dano moral, na espécie.

No que se refere ao quantum indenizatório, assevera a cooperativa apelante que o valor arbitrado no patamar de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) é exorbitante e merece ser minorado.

Nesse ponto, passo a apreciar, em conjunto, o apelo adesivo do promovente, de fls. 324/331, eis que o ponto atacado deste recurso se identifica com o atacado pela cooperativa.

Com efeito, ao contrário da promovida Unimed Fortaleza, sustenta José Pedro Alves Rocha que o valor indenizatório ora arbitrado pelo magistrado primevo deve ser majorado, diante da situação vexatória e de abalo psicológico que sofreu.

Impende dizer que, diante da falta de critérios objetivos deve o juiz agir com prudência, levando em conta a situação concreta, de modo a não representar enriquecimento indevido para a parte autora, nem sanção demasiadamente severa para a parte ré.

O Colendo Superior Tribunal de Justiça, ao longo do tempo, vem sugerindo balizar a fixação de valores devidos a título de danos morais, valendo destacar o seguinte julgado:

“O valor da indenização por dano moral sujeita-se ao controle do Superior Tribunal de Justiça, sendo certo que a indenização a esse título deve ser fixada em termos razoáveis, não se justificando que a reparação venha a constituir-se em enriquecimento indevido, com manifestos abusos e exageros, devendo o arbitramento operar com moderação, proporcionalidade ao grau de culpa e ao porte econômico das partes, orientando-se o juiz pelos critérios sugeridos pela doutrina e jurisprudência, com razoabilidade, valendo-se de sua experiência e do bom senso, atento à realidade da vida e às peculiaridades de cada caso. Ademais deve procurar desestimular ofensor a repetir o ato”.(REsp 245.727 – SE – Rel. Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira – 4ª. Turma).

Neste passo, para a fixação do *quantum* devido a título de danos morais, a jurisprudência pátria tem consagrado a dupla função: compensatória e penalizante, bem assim que a referida verba deva ser arbitrada com moderação, evitando o enriquecimento sem causa, em atenção à condição econômico-financeira das partes.



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

Na hipótese vertente, evidenciado o grau da conduta lesiva, o montante fixado reveste-se de um caráter penalizante para a promovida, de modo que, efetivamente atingida em seu patrimônio, se veja obrigada a reavaliar a sua postura, coibindo que novamente possa agir de forma ilícita, ao passo que não representa um acréscimo substancial no patrimônio da promovente/apelada.

Dessa forma, tenho que a condenação de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) revela-se, ao contrário do que sustenta a Unimed Fortaleza, totalmente insuficiente, não sendo capaz de atender aos princípios gerais e específicos que devem nortear a fixação da compensação pelo dano moral, notadamente o bom senso e a proporcionalidade.

Todavia, penso que o valor de 30 (trinta) salários mínimos ora rogado em apelação pela parte promovente extrapola o limite do razoável e configura enriquecimento ilícito.

Assim, considerado o parâmetro dos julgados deste Egrégio Tribunal de Justiça, deve ser reformada a sentença, neste ponto, para fixar o valor, à título de dano moral, em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), valor que entendo justo frente a observância das peculiaridades do caso concreto e dos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade.

A respeito, retiro:

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ARTIGO 544 DO CPC)- AÇÃO INDENIZATÓRIA DE DANO MORAL DECORRENTE DA INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE CONHECEU DO RECLAMO PARA DAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL, RESTABELECENDO A INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL ARBITRADA NA SENTENÇA. INSURGÊNCIA DO AUTOR. 1. Pretensão voltada à majoração do valor fixado a título de dano moral na sentença restabelecida. Inviabilidade. **Quantum indenizatório arbitrado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), o que não se distancia dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, nos termos da jurisprudência desta Corte. 2. Agravo regimental desprovido.**

(STJ - AgRg no AREsp: 24618 RJ 2011/0161431-7, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 16/05/2013, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 29/05/2013) Grifei

AGRAVO REGIMENTAL. PLANO DE SAÚDE. ILEGALIDADE DA NEGATIVA DE COBERTURA A CIRURGIA DE TRANSPLANTE DE MEDULA. DANO MORAL CONFIGURADO. MAJORAÇÃO DO VALOR DA CONDENAÇÃO. DESCABIMENTO. 1.- É pacífica a jurisprudência da Segunda Seção no sentido de reconhecer a existência do dano moral nas hipóteses de recusa pela operadora de plano de saúde, em autorizar tratamento a que estivesse legal ou contratualmente obrigada, sem que, para tanto, seja necessário o reexame de provas. 2.- **A fixação dos danos morais no patamar de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) cumpre, no presente caso, a função pedagógico-punitiva de desestimular o ofensor a repetir a falta, sem constituir, de outro lado, enriquecimento indevido.** 3.- Agravo Regimental improvido.



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
GABINETE DESEMBARGADOR FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE**

(STJ - AgRg no AREsp: 305316 SP 2013/0055253-0, Relator: Ministro SIDNEI BENETI, Data de Julgamento: 14/05/2013, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 10/06/2013) Grifei

Ante as razões delineadas, conheço do recurso de apelação interposto por UNIMED FORTALEZA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA e **NEGO-LHE PROVIMENTO**, e, por conseguinte, conheço do recurso de apelação interposto por JOSÉ PEDRO ALVES ROCHA e **DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO**, para reformar em parte a sentença vergastada, no sentido de majorar a condenação, a título de danos morais, para o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Mantidos os demais termos da sentença.

Deixo de arbitrar honorários advocatícios recursais em face de Unimed Fortaleza Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, uma vez que o recurso foi interposto em face de sentença proferida sob a égide do CPC de 1973. Nesse sentido, o enunciado administrativo nº 07 do STJ: *“Somente nos recursos interpostos contra decisão publicada a partir de 18 de março de 2016, será possível o arbitramento de honorários sucumbenciais recursais, na forma do art. 85, § 11, do novo CPC”*.

É como voto.

Fortaleza, 30 de agosto de 2016.

FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE
Desembargador Relator