



Número: **0800401-48.2018.8.14.0008**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **1ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES**

Última distribuição : **26/04/2021**

Valor da causa: **R\$ 20.000,00**

Processo referência: **0800401-48.2018.8.14.0008**

Assuntos: **Indenização por Dano Moral**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAIF FRANKLIN MARQUES CAVALERO SARRAF BIGATAO (APELANTE)	JOSE DANILO DOS SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)
BELLA ANDRADE BIGATÃO (APELANTE)	
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELADO)	DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	MARIA TERCIA AVILA BASTOS DOS SANTOS (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
6535266	28/09/2021 08:22	Acórdão	Acórdão
6420712	28/09/2021 08:22	Relatório	Relatório
6421675	28/09/2021 08:22	Voto do Magistrado	Voto
6421678	28/09/2021 08:22	Ementa	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0800401-48.2018.8.14.0008

APELANTE: RAIF FRANKLIN MARQUES CAVALERO SARRAF BIGATAO, BELLA ANDRADE BIGATÃO

APELADO: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

RELATOR(A): Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES

EMENTA

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RELAÇÃO DE CONSUMO. CANCELAMENTO INDEVIDO. COBRANÇA E PAGAMENTO FATURAS POSTERIORES. COMPORTAMENTO CONTRADITÓRIO. DEMORA NO ATENDIMENTO. PACIENTE QUE SE ENCONTRAVA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. DANO MORAL CONFIGURADO. APELAÇÃO PROVIDA. REFORMA DA SENTENÇA. CONDENAÇÃO EM HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS E CUSTAS PROCESSUAIS. DECISÃO UNÂNIME.

- 1-É abusiva e contrária ao princípio da boa-fé objetiva a conduta da operadora de plano de saúde que rescinde o contrato e aceita o pagamento das mensalidades posteriores.
- 2- A demora no atendimento emergencial do beneficiário do plano de saúde diante do cancelamento indevido gera dano moral.
- 3.Quantum indenizatório fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) em observância ao princípio da razoabilidade e proporcionalidade.
- 4.Custas e honorários à ordem de 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação.
- 5.Sentença reformada. Recurso conhecido e provido.



RELATÓRIO

SECRETARIA ÚNICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

COMARCA DE BARCARENA/PA

APELAÇÃO CÍVEL Nº. 0800401-48.2018.814.0008

APELANTE: B. A. B. representada por seu genitor R. F. M. C. S. B.

APELADO: UNIMED BELÉM- COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

RELATOR: DES. LEONARDO DE NORONHA TAVARES

-

RELATÓRIO

EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Trata-se de Apelação Cível interposta por B.A.B. representada por seu genitor R. F. M. C. S. B. (Id. 5000660), contra sentença proferida pelo MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Barcarena que, nos autos da Ação de Indenização por Danos Morais movida em face de UNIMED BELÉM- COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, julgou improcedentes os pedidos formulados pela autora, extinguindo o processo com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, I, do CPC (Id. 5000653).

Da inicial (Id. 5000428), extrai-se que a menor, à época com 1 ano de idade, foi levada por seu genitor para receber atendimento médico na unidade de Urgência/Emergência especializada em Pediatria da Unimed Belém-Batista Campos, em 28/10/2017, por volta de 12h30h.

Que, chegando ao local, foi constatado que a autora se encontrava com febre alta de 39º graus de temperatura e vômito, carecendo de atendimento imediato a fim de evitar convulsão e desidratação, contudo, os atendentes da unidade informaram aos genitores que não seria possível realizar o atendimento da paciente em virtude do seu plano de saúde estar cancelado por falta de pagamento da fatura referente a 04/2017.

Segue narrando que a menor somente foi atendida depois de ter seu quadro de febre agravado para uma convulsão no meio do corredor do hospital. E que foi colocada em observação em leito de enfermaria quando deveria ser acomodada em apartamento, conforme a cobertura de seu plano.

Informa que não foi notificada via AR acerca do cancelamento do plano no prazo da legislação vigente; que somente tomou conhecimento do cancelamento em outubro/2017, por ocasião do fato narrado; que a apelada continuou a receber o pagamento das faturas subsequentes; que possui todos os comprovantes de pagamento das mensalidades desde 2016 até a data do ajuizamento da ação; e que trocou e-mails com a requerida enviando o comprovante do pagamento e solicitando a baixa na fatura em aberto.



Aduz que se mostra ilegítima a rescisão unilateral do contrato que teve suas parcelas pagas tempestivamente.

Ao final, requereu a condenação da parte ré em danos morais no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) como forma de compensar o cancelamento indevido do Plano de Saúde, sem prévia comunicação; o descumprimento da cobertura do Plano Internação em Apartamento e a negligência em prestar socorro imediato ocasionando risco à incolumidade física da titular do plano, menor de idade.

Contestação apresentada (Id. 5000624), onde a empresa requerida alega que a mensalidade relativa ao mês de abril/2017 estava com 98 (noventa e oito) dias de inadimplência. E que, em 26/08/2017, foi gerada notificação de inadimplência.

Aduz que a referida notificação foi enviada através de carta registrada no endereço de cobrança indicado no contrato e restou frustrada, pelo que procedeu a notificação por edital. E, que diante da inércia da autora houve a suspensão do contrato em 25/10/2017, 10 (dez) dias depois da notificação editalícia.

Alega ainda que, mesmo diante da inadimplência da parte autora por período superior a 98 (noventa e oito) dias, não negou atendimento à menor. Ao final, requereu que a ação fosse julgada improcedente.

Sobreveio sentença nos seguintes (Id. 5000653):

“(…)

Nos termos do art. 355, I do Código de Processo Civil (CPC), verifica-se que o processo comporta julgamento antecipado, haja vista que as provas constantes dos autos já são suficientes para a formação de juízo de valor por parte do Órgão Judicial, estando o feito apto à prolação de sentença.

O caso está posto sob a incidência do Código de Defesa do Consumidor, visto que a relação entre as partes é de consumo, aplicando-lhe os princípios do Código Consumerista, nos termos da Súmula n.º 608 do Superior Tribunal de Justiça, "Súmula 608 - Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. ”

A parte autora alega que buscou atendimento médico emergencial em 28 de outubro de 2017, quando teria sido informada que o seu plano de saúde estava cancelado por falta de pagamento da fatura referente ao mês de abril de 2017.

Em contestação o réu sustentou o suposto inadimplemento por parte da autora referente à fatura do mês de abril de 2017 e aduziu que, apesar disso, o atendimento médico não teria sido negado.

Assiste razão ao réu, já que não foi apresentada pela autora prova do pagamento da referida parcela, não se desincumbindo do ônus que lhe cabia.

A autora juntou comprovante de pagamento de diversos meses, entretanto, o referente ao mês de abril de 2017 não foi colacionado aos autos.

Em que pese tratar-se de relação consumerista, não se pode impor ao requerido a obrigação de



provar fato negativo, sob pena de incorrer na chamada "prova diabólica", cuja previsão denota-se do art. 373, § 1º, do CPC, que ocorreria caso fosse exigido do réu prova de que a parte autora não pagou a dívida em questão. Além do mais, resta incontroverso que, apesar da referida pendência financeira, a autora recebeu atendimento na ocasião narrada. Eventual atraso pode ter como causa concorrente conduta da própria requerente, em virtude do inadimplemento da mensalidade em questão. Cumpre ressaltar que também não há nos autos qualquer comprovação de agravamento da condição de saúde da autora em virtude de atraso no atendimento por parte do réu ou qualquer outro dano físico ou psíquico daí decorrente. Portanto, não há falar em ato ilícito praticado pelo requerido, que inclusive comprovou que notificou a parte autora acerca da inadimplência.

Pelo exposto, JULGO IMPROCEDENTES OS PEDIDOS FORMULADOS PELA AUTORA, extinguindo o processo com resolução do mérito, nos termos do art. 487, I, CPC. Com fulcro no art. 85, § 2º do CPC, condeno a parte requeira ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) do valor da causa.”

Irresignada, a autora apresentou Recurso de Apelação (Id. 5000660) onde nega que tenha ficado em dívida com a empresa apelada; que anexou aos autos o comprovante de pagamento referente ao mês 04.2017 e informa que a apelada juntou em sua contestação consulta financeira do plano particular (Id. 9512651), onde comprova a quitação da fatura sem nenhum dia de atraso.

Nega ter sido notificada via Aviso de Recebimento dos Correios quanto ao cancelamento do plano no prazo da legislação vigente, sendo pega de surpresa quando precisou do atendimento; afirma que somente tomou conhecimento do cancelamento no mês 10.2017, quando precisou de atendimento de urgência.

Aduz que houve erro na prestação do serviço por parte da apelada que teria cancelado o plano de saúde por débito inexistente referente ao mês 04.2017, mas ainda assim, a UNIMED BELÉM continuou a receber os pagamentos das faturas subsequentes, caracterizando continuidade do serviço. E informa o pagamento de mensalidades de 2016 até a data do ajuizamento da ação.

Afirma que trocou e-mails com a apelada do dia 17 de maio de 2017 ao dia 28 de maio de 2017, enviando comprovante de pagamento e solicitando a baixa no sistema da fatura em aberto.

Por fim, alega que sempre honrou seus compromissos temendo precisar de atendimento médico em caráter de urgência, pelo que requereu o provimento do recurso para reformar a decisão recorrida e determinar a condenação da apelada em danos morais no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) e em despesas processuais e honorários de sucumbência.

Contrarrazões, sob o ID n. 4506439, onde a empresa requerida ratifica que as mensalidades eram vencíveis no dia 30 (trinta) de cada mês. E, em 26/08/2017, foi gerada notificação de inadimplência, quando a mensalidade relativa ao mês de abril/2017 estava com 98 (noventa e oito) dias de inadimplência.

Esclarece que a notificação foi enviada através de carta registrada no endereço de cobrança indicado pela apelante e que, frustrada a notificação por correios, procedeu a notificação por edital, publicando em 16/10/2017 no jornal Diário do Pará.

E que, diante da inércia da parte autora, que não buscou purgar a mora e regularizar sua situação a fim de continuar usufruindo dos serviços, houve a suspensão do contrato no dia 25/10/2017, 10 (dez) dias após a notificação editalícia.

Ao final aduz a não configuração dos danos morais alegados e o descabimento da condenação em custas e honorários advocatícios, pelo que requereu o desprovimento do recurso.



O Ministério Público do Estado do Pará, na qualidade de custos iuris, manifestou parecer de Id. Num. 5193063 pelo conhecimento e provimento do recurso.

É o relatório, pelo que determinei a inclusão do feito em pauta de julgamento (PLENÁRIO VIRTUAL).

VOTO

O EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Presentes os pressupostos recursais, conheço do recurso de apelação.

Trata-se de Ação de Indenização por Danos Morais ajuizada pela autora em face da operadora de plano de saúde com a qual possui vínculo contratual, diante do atraso no atendimento emergencial em função de suposta inadimplência contratual que gerou o cancelamento do contrato.

Sustenta a apelante que efetuou o pagamento de todas as mensalidades desde 2016 até a data do ajuizamento da ação, que a operadora de plano de saúde continuou recebendo a cobrança mesmo após o cancelamento e que somente foi atendida depois de ter seu quadro agravado no corredor do hospital, pelo que requer a reforma da sentença e a condenação da requerida em danos morais.

Da análise dos elementos fáticos-probatórios entendo que a sentença ora recorrida merece reforma. Senão vejamos.

É sabido que todo contrato de assistência à saúde se submete às normas do Código de Defesa do Consumidor e que possui natureza aleatória, por meio do qual o consumidor paga o valor mensal estipulado pela operadora do plano de saúde para ter garantido tratamento de saúde se e quando preciso; e que ao recusar cumprir o seu mister a Operadora de Plano de Saúde comete atitude juridicamente reprovável, a começar pela ofensa explícita à boa fé objetiva, protegida pelos artigos 422 e 423 do Código Civil e art. 4º, *caput* e I, III, art. 20, § 2º, e art. 51, IV e XV, § 1º, I, II, III, do Código de Defesa do Consumidor.

E subentende-se que quem contrata um plano de saúde, tem a legítima expectativa de que caso fique doente, a empresa adotará as providências necessárias ao restabelecimento de sua saúde.

Pois bem, a empresa requerida alega que a mensalidade de abril/2017 estava com 98 (noventa e oito) dias de inadimplência e diante da inércia da parte autora, gerou a rescisão unilateral do contrato e, conseqüentemente, o atraso no atendimento de emergência da autora.

Ocorre que, compulsando os autos com acuidade verifiquei que a autora anexou ao processo o comprovante de pagamento das mensalidades, inclusive a referente a abril/2017 (Fl. 38, Id. 5000433).

Dentre os documentos trazidos pela autora em sua inicial consta ainda e-mail encaminhado para a empresa requerida, em 17 de maio de 2017, alertando que a fatura referente a 04/2017 havia sido paga, contudo permanecia em aberto no sistema (Fl. 19. Id. 5000431).

Logo em seguida, resposta enviada à autora pelo Agente de Alterações Cadastrais da empresa requerida informando que o boleto referente ao mês 04/2017 estava quitado no sistema,



documento não impugnado pela empresa requerida em sua contestação. (Fl. 20, Id. 5000431)

Verifica-se, ainda, consulta financeira anexada pela empresa apelante onde consta que todas as faturas estavam devidamente quitadas (Id. 5000630).

Assim, entendo que a autora cumpriu com seu compromisso contratual de efetuar o pagamento das mensalidades do plano de saúde contratado com a justa expectativa de ter garantido tratamento de saúde quando preciso.

Ademais, consigno que ainda que se considerasse que a referida fatura (04/2017) não tivesse sido paga, conforme consta na sentença que julgou improcedente o feito e na tese sustentada pela empresa apelante, a requerida informa, em sede de contestação que, em 20/10/2017, houve a suspensão do contrato diante da inadimplência, contudo está claro nos autos que permaneceu efetuando a cobrança das mensalidades do plano de saúde, conforme se verifica na documentação anexada ao feito (Fls. 46 a 55, Id. 5000433) e da própria consulta financeira anexada pela empresa (Id. 5000630), criando a legítima expectativa na consumidora, ora apelada, de que estava coberta pelo plano de saúde.

E com a justa expectativa de garantia de ser atendida tanto pela confirmação via e-mail de que a fatura 04/2017 estava quitada (Fl. 20, Id. 5000431) quanto pela continuidade do pagamento das parcelas posteriores, a apelante, à época dos fatos, com 1(um) ano de idade, se dirigiu à Unimed Belém, em 28/10/2017, para receber atendimento de urgência, ocasião em que soube do cancelamento de seu plano de saúde.

A empresa requerida, ora apelada, continuou a receber os pagamentos das mensalidades, ao invés de recusá-lo já que para ela o contrato havia sido rescindido anteriormente por conta da ausência de pagamento de uma das parcelas, qual seja, a referente a 04/2017, em flagrante violação à boa-fé objetiva.

Assim, a conduta da empresa apelada de rescindir o contrato diante da suposta inadimplência da apelante e continuar a cobrança das mensalidades, implica em afronta à boa-fé objetiva.

Neste sentido, jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais e do Superior Tribunal de Justiça:

“EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C CONSIGNAÇÃO - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - MORA RELATIVA A UMA PARCELA - CANCELAMENTO UNILATERAL - IMPOSSIBILIDADE - COBRANÇA E PAGAMENTO DAS PARCELAS SUBSEQUENTES - VENIRE CONTRA FACTUM PROPRIUM. É abusiva a conduta da operadora de plano de saúde que resolve relação contratual sob o argumento de que teria sido inadimplida uma única prestação, se aceitou o pagamento das mensalidades subsequentes, aplicando-se ao caso a vedação ao venire contra factum proprium, consubstanciada na boa fé objetiva.”

(TJ-MG - AC: 10701150240854001 MG, Relator: Rogério Medeiros, Data de Julgamento: 06/10/2016, Data de Publicação: 19/10/2016)

“AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DECLARATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO.

INSURGÊNCIA RECURSAL DA AUTORA.

1. Nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998 é possível a suspensão ou



resolução do contrato de plano de saúde em virtude de inadimplemento superior a sessenta dias, desde que notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

2. Particularidades do caso que denotam a abusividade da resolução contratual operada pelo plano de saúde dada a conduta contrária aos preceitos orientadores da boa-fé objetiva, em especial, do dever de cooperação entre as partes, o qual tem grande relevância na execução de contratos cativos, como o presente.

2.1 Ressoa contrário à boa-fé o comportamento contraditório da operadora do plano que aceita, sem objeção, o pagamento de faturas posteriores, porém rescinde o contrato com amparo em mora de parcela longuíqua, sem inclusive, informar ou disponibilizar o acesso para a sua quitação.

2.2 Desse modo, o plano de saúde atuou com a finalidade de inviabilizar a continuidade do contrato, e não de envidar esforços para a manutenção da relação, como impunha a boa-fé, notadamente diante da inegável hipossuficiência da parte autora, inclusive amparada pelo regramento protetivo do estatuto do idoso.

3. Agravo interno provido para reconsiderar a deliberação monocrática e julgar procedente o recurso especial, com restabelecimento da sentença.”

(AgInt nos EDcl no REsp 1647745/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 25/08/2020, DJe 09/10/2020)

Outrossim, entendo comprovado nos autos que houve a demora no atendimento da autora na unidade de emergência e urgência da requerida em razão do cancelamento indevido do plano de saúde, conforme declaração assinada por enfermeira da empresa requerida (Id. 5000431), documento não impugnado pela operadora de plano de saúde, nos seguintes termos:

“(...) a paciente Bella Andrade (menor) foi atendida nesta unidade de Urgência e Emergência. Porém, houve atraso entre a recepção e o atendimento emergencial, por conta de provável status de atraso na mensalidade. Insta dizer que, a menor foi encaminhada para atendimento na Unidade de Grave Pediátrica. ”

Assim, demonstrada a ilegalidade da conduta da empresa requerida diante da abusividade na rescisão contratual e na demora do atendimento da menor, à época, com 1 (um) ano de idade, necessitando de atendimento de urgência em decorrência de seu estado de saúde, exsurge o dever de indenizar merecendo reforma a sentença recorrida.

Neste sentido o Superior Tribunal de Justiça:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. ATO ILÍCITO CONFIGURADO. DANO MORAL.

REVISÃO. REVOLVIMENTO DE FATOS E PROVAS. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça consagra entendimento no sentido de que a recusa indevida ou injustificada pela operadora de plano de saúde à cobertura de tratamento médico emergencial ou de urgência constitui dano moral.

2. Concluindo o Tribunal de origem que a demora no atendimento do beneficiário do plano de saúde causou profundo sofrimento gerador de dano moral indenizável, descabe a esta



Corte Superior a revisão do posicionamento adotado, pois, para tanto, seria preciso o revolvimento de fatos e provas, vedado pela Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido.”

(AglInt no AREsp 1570419/RJ, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/03/2020, DJe 20/03/2020)

O dano moral está configurado, diante da demora no atendimento da beneficiária do plano de saúde ocasionada pelo cancelamento unilateral do contrato, haja vista os sentimentos de angústia experimentando, primordialmente, por se tratar de um bebê de 1 (um) ano de idade que precisava de atendimento médico de emergência diante do quadro de crise convulsiva, palidez cutânea e cianose de extremidades, conforme documento de Id. 5000635.

Resta, agora fixar o *quantum* indenizatório para a reparação do dano moral, em conformidade com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, considerando as circunstâncias do caso concreto; e que a condenação não pode representar o enriquecimento ilícito da outra parte.

Não se desconhece a dificuldade de fixar o valor suficiente a compensar o dano sofrido, sendo, por vezes, adotados alguns critérios, quais sejam: a) valor aproximado ao que a jurisprudência tem arbitrado para casos semelhantes ao dos autos; b) proporcionalidade, para evitar excesso ou insuficiência do valor arbitrado; c) satisfação da vítima e d) aspecto punitivo e dissuasório.

In casu, entendo que deve a empresa requerida ser condenada ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00 (vinte mil reais), sendo tal valor suficiente para representar um desestímulo à prática de novas condutas pelo agente causador do dano.

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DANO MORAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO INDEVIDA. RECONHECIMENTO NA ORIGEM. VALOR INDENIZATÓRIO. REDUÇÃO. INVIABILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ.1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).2. Na hipótese, **o tribunal de origem atestou, com base nas provas dos autos, que a valoração do dano moral perpassou pela negativa de atendimento e pela análise da necessidade urgente do tratamento médico.** Rever tal conclusão exige o reexame do contexto fático-probatório dos autos, procedimento vedado em recurso especial em virtude do óbice da Súmula nº 7/STJ.3. **O caso concreto não comporta a excepcional revisão pelo Superior Tribunal de Justiça, pois o valor indenizatório, arbitrado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), não se revela exorbitante para reparar dano moral decorrente de recusa injustificada de atendimento a paciente em situação de necessidade médica.**4. Agravo interno não provido.” (AglInt no AREsp 1729968/DF, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/06/2021, DJe 17/06/2021)

“Consumidor. Apelação Cível. Plano de saúde. **Negativa de atendimento emergencial. Alegação de inadimplência. Abusividade. Dano moral configurado.** Reforma da sentença. Recurso provido por unanimidade. I- O documento de fl.17 indica ter Letícia ao comparecido ao plano socorro da Santa Clara e ter recebido negativa de atendimento, conforme consta no documento "Restrição:11 - Trava de atendimento". Além disso, às fls.18/20 consta o prontuário feito na Diretoria de Saúde do Centro Médico Militar, indicando ter Letícia recebido tratamento médico no dia 7.2.2011, às 22h35, relatando ter a menor sofrido uma queda e ter machucado o braço direito, conforme alegado na inicial. II-**A recusa indevida de tratamento médico agrava a situação psicológica e gera aflição, que ultrapassam os meros dissabores, caracterizando o dano moral indenizável.** III -**Quanto ao arbitramento da indenização, deve o magistrado tomar todas as cautelas para que o valor não seja fonte de enriquecimento sem causa, ao mesmo tempo em que não seja meramente simbólica.** IV-Desta feita, o quantum



indenizatório deve ser fixado em R\$10.000,00, por atender às balizas da razoabilidade e da proporcionalidade no intuito de retribuir o dano moral sofrido pela apelante. V- Recurso provido por unanimidade.”(TJ-PE - APL: 4071950 PE, Relator: Francisco Eduardo Goncalves Sertorio Canto, Data de Julgamento: 28/01/2016, 3ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/02/2016)

Assim, fixo o *quantum* indenizatório em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), corrigido monetariamente pelo INPC a contar deste julgamento, nos termos da súmula 362 STJ, e acrescido de juros de mora de 1% ao mês desde a data da citação, por se tratar de relação contratual.

Desta feita, tenho por reformar a sentença para julgar procedentes os pedidos da inicial.

Por consequência, quanto aos ônus sucumbenciais e diante do resultado do julgamento, deverá a parte ré arcar com a totalidade do pagamento das custas processuais e ao pagamento de honorários sucumbenciais ao procurador da parte autora, os quais fixo em 15% sobre o valor da condenação.

Ante o exposto, conheço e dou provimento ao recurso.

Belém (PA), 27 de setembro de 2021.

LEONARDO DE NORONHA TAVARES

RELATOR

Belém, 28/09/2021



SECRETARIA ÚNICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

COMARCA DE BARCARENA/PA

APELAÇÃO CÍVEL Nº. 0800401-48.2018.814.0008

APELANTE: B. A. B. representada por seu genitor R. F. M. C. S. B.

APELADO: UNIMED BELÉM- COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

RELATOR: DES. LEONARDO DE NORONHA TAVARES

-
RELATÓRIO

EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Trata-se de Apelação Cível interposta por B.A.B. representada por seu genitor R. F. M. C. S. B. (Id. 5000660), contra sentença proferida pelo MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Barcarena que, nos autos da Ação de Indenização por Danos Morais movida em face de UNIMED BELÉM- COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, julgou improcedentes os pedidos formulados pela autora, extinguindo o processo com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, I, do CPC (Id. 5000653).

Da inicial (Id. 5000428), extrai-se que a menor, à época com 1 ano de idade, foi levada por seu genitor para receber atendimento médico na unidade de Urgência/Emergência especializada em Pediatria da Unimed Belém-Batista Campos, em 28/10/2017, por volta de 12h30h.

Que, chegando ao local, foi constatado que a autora se encontrava com febre alta de 39º graus de temperatura e vômito, carecendo de atendimento imediato a fim de evitar convulsão e desidratação, contudo, os atendentes da unidade informaram aos genitores que não seria possível realizar o atendimento da paciente em virtude do seu plano de saúde estar cancelado por falta de pagamento da fatura referente a 04/2017.

Segue narrando que a menor somente foi atendida depois de ter seu quadro de febre agravado para uma convulsão no meio do corredor do hospital. E que foi colocada em observação em leito de enfermaria quando deveria ser acomodada em apartamento, conforme a cobertura de seu plano.

Informa que não foi notificada via AR acerca do cancelamento do plano no prazo da legislação vigente; que somente tomou conhecimento do cancelamento em outubro/2017, por ocasião do fato narrado; que a apelada continuou a receber o pagamento das faturas subsequentes; que possui todos os comprovantes de pagamento das mensalidades desde 2016 até a data do ajuizamento da ação; e que trocou e-mails com a requerida enviando o comprovante do pagamento e solicitando a baixa na fatura em aberto.

Aduz que se mostra ilegítima a rescisão unilateral do contrato que teve suas parcelas pagas tempestivamente.



Ao final, requereu a condenação da parte ré em danos morais no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) como forma de compensar o cancelamento indevido do Plano de Saúde, sem prévia comunicação; o descumprimento da cobertura do Plano Internação em Apartamento e a negligência em prestar socorro imediato ocasionando risco à incolumidade física da titular do plano, menor de idade.

Contestação apresentada (Id. 5000624), onde a empresa requerida alega que a mensalidade relativa ao mês de abril/2017 estava com 98 (noventa e oito) dias de inadimplência. E que, em 26/08/2017, foi gerada notificação de inadimplência.

Aduz que a referida notificação foi enviada através de carta registrada no endereço de cobrança indicado no contrato e restou frustrada, pelo que procedeu a notificação por edital. E, que diante da inércia da autora houve a suspensão do contrato em 25/10/2017, 10 (dez) dias depois da notificação editalícia.

Alega ainda que, mesmo diante da inadimplência da parte autora por período superior a 98 (noventa e oito) dias, não negou atendimento à menor. Ao final, requereu que a ação fosse julgada improcedente.

Sobreveio sentença nos seguintes (Id. 5000653):

“(…)

Nos termos do art. 355, I do Código de Processo Civil (CPC), verifica-se que o processo comporta julgamento antecipado, haja vista que as provas constantes dos autos já são suficientes para a formação de juízo de valor por parte do Órgão Judicial, estando o feito apto à prolação de sentença.

O caso está posto sob a incidência do Código de Defesa do Consumidor, visto que a relação entre as partes é de consumo, aplicando-lhe os princípios do Código Consumerista, nos termos da Súmula n.º 608 do Superior Tribunal de Justiça, "Súmula 608 - Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

A parte autora alega que buscou atendimento médico emergencial em 28 de outubro de 2017, quando teria sido informada que o seu plano de saúde estava cancelado por falta de pagamento da fatura referente ao mês de abril de 2017.

Em contestação o réu sustentou o suposto inadimplemento por parte da autora referente à fatura do mês de abril de 2017 e aduziu que, apesar disso, o atendimento médico não teria sido negado.

Assiste razão ao réu, já que não foi apresentada pela autora prova do pagamento da referida parcela, não se desincumbindo do ônus que lhe cabia.

A autora juntou comprovante de pagamento de diversos meses, entretanto, o referente ao mês de abril de 2017 não foi colacionado aos autos.

Em que pese tratar-se de relação consumerista, não se pode impor ao requerido a obrigação de provar fato negativo, sob pena de incorrer na chamada "prova diabólica", cuja previsão denota-se do art. 373, § 1º, do CPC, que ocorreria caso fosse exigido do réu prova de que a parte autora não pagou a dívida em questão. Além do mais, resta incontroverso que, apesar da referida



pendência financeira, a autora recebeu atendimento na ocasião narrada. Eventual atraso pode ter como causa concorrente conduta da própria requerente, em virtude do inadimplemento da mensalidade em questão. Cumpre ressaltar que também não há nos autos qualquer comprovação de agravamento da condição de saúde da autora em virtude de atraso no atendimento por parte do réu ou qualquer outro dano físico ou psíquico daí decorrente. Portanto, não há falar em ato ilícito praticado pelo requerido, que inclusive comprovou que notificou a parte autora acerca da inadimplência.

Pelo exposto, JULGO IMPROCEDENTES OS PEDIDOS FORMULADOS PELA AUTORA, extinguindo o processo com resolução do mérito, nos termos do art. 487, I, CPC. Com fulcro no art. 85, § 2º do CPC, condeno a parte requeira ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) do valor da causa.”

Irresignada, a autora apresentou Recurso de Apelação (Id. 5000660) onde nega que tenha ficado em dívida com a empresa apelada; que anexou aos autos o comprovante de pagamento referente ao mês 04.2017 e informa que a apelada juntou em sua contestação consulta financeira do plano particular (Id. 9512651), onde comprova a quitação da fatura sem nenhum dia de atraso.

Nega ter sido notificada via Aviso de Recebimento dos Correios quanto ao cancelamento do plano no prazo da legislação vigente, sendo pega de surpresa quando precisou do atendimento; afirma que somente tomou conhecimento do cancelamento no mês 10.2017, quando precisou de atendimento de urgência.

Aduz que houve erro na prestação do serviço por parte da apelada que teria cancelado o plano de saúde por débito inexistente referente ao mês 04.2017, mas ainda assim, a UNIMED BELÉM continuou a receber os pagamentos das faturas subsequentes, caracterizando continuidade do serviço. E informa o pagamento de mensalidades de 2016 até a data do ajuizamento da ação.

Afirma que trocou e-mails com a apelada do dia 17 de maio de 2017 ao dia 28 de maio de 2017, enviando comprovante de pagamento e solicitando a baixa no sistema da fatura em aberto.

Por fim, alega que sempre honrou seus compromissos temendo precisar de atendimento médico em caráter de urgência, pelo que requereu o provimento do recurso para reformar a decisão recorrida e determinar a condenação da apelada em danos morais no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) e em despesas processuais e honorários de sucumbência.

Contrarrazões, sob o ID n. 4506439, onde a empresa requerida ratifica que as mensalidades eram vencíveis no dia 30 (trinta) de cada mês. E, em 26/08/2017, foi gerada notificação de inadimplência, quando a mensalidade relativa ao mês de abril/2017 estava com 98 (noventa e oito) dias de inadimplência.

Esclarece que a notificação foi enviada através de carta registrada no endereço de cobrança indicado pela apelante e que, frustrada a notificação por correios, procedeu a notificação por edital, publicando em 16/10/2017 no jornal Diário do Pará.

E que, diante da inércia da parte autora, que não buscou purgar a mora e regularizar sua situação a fim de continuar usufruindo dos serviços, houve a suspensão do contrato no dia 25/10/2017, 10 (dez) dias após a notificação editalícia.

Ao final aduz a não configuração dos danos morais alegados e o descabimento da condenação em custas e honorários advocatícios, pelo que requereu o desprovimento do recurso.

O Ministério Público do Estado do Pará, na qualidade de custos iuris, manifestou parecer de Id. Num. 5193063 pelo conhecimento e provimento do recurso.



É o relatório, pelo que determinei a inclusão do feito em pauta de julgamento (PLENÁRIO VIRTUAL).



O EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Presentes os pressupostos recursais, conheço do recurso de apelação.

Trata-se de Ação de Indenização por Danos Morais ajuizada pela autora em face da operadora de plano de saúde com a qual possui vínculo contratual, diante do atraso no atendimento emergencial em função de suposta inadimplência contratual que gerou o cancelamento do contrato.

Sustenta a apelante que efetuou o pagamento de todas as mensalidades desde 2016 até a data do ajuizamento da ação, que a operadora de plano de saúde continuou recebendo a cobrança mesmo após o cancelamento e que somente foi atendida depois de ter seu quadro agravado no corredor do hospital, pelo que requer a reforma da sentença e a condenação da requerida em danos morais.

Da análise dos elementos fáticos-probatórios entendo que a sentença ora recorrida merece reforma. Senão vejamos.

É sabido que todo contrato de assistência à saúde se submete às normas do Código de Defesa do Consumidor e que possui natureza aleatória, por meio do qual o consumidor paga o valor mensal estipulado pela operadora do plano de saúde para ter garantido tratamento de saúde se e quando preciso; e que ao recusar cumprir o seu mister a Operadora de Plano de Saúde comete atitude juridicamente reprovável, a começar pela ofensa explícita à boa fé objetiva, protegida pelos artigos 422 e 423 do Código Civil e art. 4º, *caput* e I, III, art. 20, § 2º, e art. 51, IV e XV, § 1º, I, II, III, do Código de Defesa do Consumidor.

E subentende-se que quem contrata um plano de saúde, tem a legítima expectativa de que caso fique doente, a empresa adotará as providências necessárias ao restabelecimento de sua saúde.

Pois bem, a empresa requerida alega que a mensalidade de abril/2017 estava com 98 (noventa e oito) dias de inadimplência e diante da inércia da parte autora, gerou a rescisão unilateral do contrato e, conseqüentemente, o atraso no atendimento de emergência da autora.

Ocorre que, compulsando os autos com acuidade verifiquei que a autora anexou ao processo o comprovante de pagamento das mensalidades, inclusive a referente a abril/2017 (Fl. 38, Id. 5000433).

Dentre os documentos trazidos pela autora em sua inicial consta ainda e-mail encaminhado para a empresa requerida, em 17 de maio de 2017, alertando que a fatura referente a 04/2017 havia sido paga, contudo permanecia em aberto no sistema (Fl. 19. Id. 5000431).

Logo em seguida, resposta enviada à autora pelo Agente de Alterações Cadastrais da empresa requerida informando que o boleto referente ao mês 04/2017 estava quitado no sistema, documento não impugnado pela empresa requerida em sua contestação. (Fl. 20, Id. 5000431)

Verifica-se, ainda, consulta financeira anexada pela empresa apelante onde consta que todas as faturas estavam devidamente quitadas (Id. 5000630).

Assim, entendo que a autora cumpriu com seu compromisso contratual de efetuar o pagamento das mensalidades do plano de saúde contratado com a justa expectativa de ter garantido tratamento de saúde quando preciso.

Ademais, consigno que ainda que se considerasse que a referida fatura (04/2017) não tivesse sido paga, conforme consta na sentença que julgou improcedente o feito e na tese sustentada pela empresa apelante, a requerida informa, em sede de contestação que, em 20/10/2017, houve



a suspensão do contrato diante da inadimplência, contudo está claro nos autos que permaneceu efetuando a cobrança das mensalidades do plano de saúde, conforme se verifica na documentação anexada ao feito (Fls. 46 a 55, Id. 5000433) e da própria consulta financeira anexada pela empresa (Id. 5000630), criando a legítima expectativa na consumidora, ora apelada, de que estava coberta pelo plano de saúde.

E com a justa expectativa de garantia de ser atendida tanto pela confirmação via e-mail de que a fatura 04/2017 estava quitada (Fl. 20, Id. 5000431) quanto pela continuidade do pagamento das parcelas posteriores, a apelante, à época dos fatos, com 1(um) ano de idade, se dirigiu à Unimed Belém, em 28/10/2017, para receber atendimento de urgência, ocasião em que soube do cancelamento de seu plano de saúde.

A empresa requerida, ora apelada, continuou a receber os pagamentos das mensalidades, ao invés de recusá-lo já que para ela o contrato havia sido rescindido anteriormente por conta da ausência de pagamento de uma das parcelas, qual seja, a referente a 04/2017, em flagrante violação à boa-fé objetiva.

Assim, a conduta da empresa apelada de rescindir o contrato diante da suposta inadimplência da apelante e continuar a cobrança das mensalidades, implica em afronta à boa-fé objetiva.

Neste sentido, jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais e do Superior Tribunal de Justiça:

“EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C CONSIGNAÇÃO - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - MORA RELATIVA A UMA PARCELA - CANCELAMENTO UNILATERAL - IMPOSSIBILIDADE - COBRANÇA E PAGAMENTO DAS PARCELAS SUBSEQUENTES - VENIRE CONTRA FACTUM PROPRIUM. É abusiva a conduta da operadora de plano de saúde que resolve relação contratual sob o argumento de que teria sido inadimplida uma única prestação, se aceitou o pagamento das mensalidades subsequentes, aplicando-se ao caso a vedação ao venire contra factum proprium, consubstanciada na boa fé objetiva.”

(TJ-MG - AC: 10701150240854001 MG, Relator: Rogério Medeiros, Data de Julgamento: 06/10/2016, Data de Publicação: 19/10/2016)

“AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DECLARATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO.

INSURGÊNCIA RECURSAL DA AUTORA.

1. Nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998 é possível a suspensão ou resolução do contrato de plano de saúde em virtude de inadimplemento superior a sessenta dias, desde que notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

2. Particularidades do caso que denotam a abusividade da resolução contratual operada pelo plano de saúde dada a conduta contrária aos preceitos orientadores da boa-fé objetiva, em especial, do dever de cooperação entre as partes, o qual tem grande relevância na execução de contratos cativos, como o presente.

2.1 Ressoa contrário à boa-fé o comportamento contraditório da operadora do plano que aceita, sem objeção, o pagamento de faturas posteriores, porém rescinde o contrato com amparo em mora de parcela longuíqua, sem inclusive, informar ou disponibilizar o acesso para a sua quitação.



2.2 Desse modo, o plano de saúde atuou com a finalidade de inviabilizar a continuidade do contrato, e não de envidar esforços para a manutenção da relação, como impunha a boa-fé, notadamente diante da inegável hipossuficiência da parte autora, inclusive amparada pelo regramento protetivo do estatuto do idoso.

3. Agravo interno provido para reconsiderar a deliberação monocrática e julgar procedente o recurso especial, com restabelecimento da sentença.”

(AgInt nos EDcl no REsp 1647745/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 25/08/2020, DJe 09/10/2020)

Outrossim, entendo comprovado nos autos que houve a demora no atendimento da autora na unidade de emergência e urgência da requerida em razão do cancelamento indevido do plano de saúde, conforme declaração assinada por enfermeira da empresa requerida (Id. 5000431), documento não impugnado pela operadora de plano de saúde, nos seguintes termos:

“(…) a paciente Bella Andrade (menor) foi atendida nesta unidade de Urgência e Emergência. Porém, houve atraso entre a recepção e o atendimento emergencial, por conta de provável status de atraso na mensalidade. Insta dizer que, a menor foi encaminhada para atendimento na Unidade de Grave Pediátrica.”

Assim, demonstrada a ilegalidade da conduta da empresa requerida diante da abusividade na rescisão contratual e na demora do atendimento da menor, à época, com 1 (um) ano de idade, necessitando de atendimento de urgência em decorrência de seu estado de saúde, exsurge o dever de indenizar merecendo reforma a sentença recorrida.

Neste sentido o Superior Tribunal de Justiça:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. ATO ILÍCITO CONFIGURADO. DANO MORAL.

REVISÃO. REVOLVIMENTO DE FATOS E PROVAS. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça consagra entendimento no sentido de que a recusa indevida ou injustificada pela operadora de plano de saúde à cobertura de tratamento médico emergencial ou de urgência constitui dano moral.

2. Concluindo o Tribunal de origem que a demora no atendimento do beneficiário do plano de saúde causou profundo sofrimento gerador de dano moral indenizável, descabe a esta Corte Superior a revisão do posicionamento adotado, pois, para tanto, seria preciso o revolvimento de fatos e provas, vedado pela Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido.”

(AgInt no AREsp 1570419/RJ, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/03/2020, DJe 20/03/2020)

O dano moral está configurado, diante da demora no atendimento da beneficiária do plano de saúde ocasionada pelo cancelamento unilateral do contrato, haja vista os sentimentos de angústia experimentando, primordialmente, por se tratar de um bebê de 1 (um) ano de idade que precisava de atendimento médico de emergência diante do quadro de crise convulsiva, palidez cutânea e cianose de extremidades, conforme documento de Id. 5000635.



Resta, agora fixar o *quantum* indenizatório para a reparação do dano moral, em conformidade com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, considerando as circunstâncias do caso concreto; e que a condenação não pode representar o enriquecimento ilícito da outra parte.

Não se desconhece a dificuldade de fixar o valor suficiente a compensar o dano sofrido, sendo, por vezes, adotados alguns critérios, quais sejam: a) valor aproximado ao que a jurisprudência tem arbitrado para casos semelhantes ao dos autos; b) proporcionalidade, para evitar excesso ou insuficiência do valor arbitrado; c) satisfação da vítima e d) aspecto punitivo e dissuasório.

In casu, entendo que deve a empresa requerida ser condenada ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00 (vinte mil reais), sendo tal valor suficiente para representar um desestímulo à prática de novas condutas pelo agente causador do dano.

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DANO MORAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO INDEVIDA. RECONHECIMENTO NA ORIGEM. VALOR INDENIZATÓRIO. REDUÇÃO. INVIABILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ.1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).2. Na hipótese, **o tribunal de origem atestou, com base nas provas dos autos, que a valoração do dano moral perpassou pela negativa de atendimento e pela análise da necessidade urgente do tratamento médico.** Rever tal conclusão exige o reexame do contexto fático-probatório dos autos, procedimento vedado em recurso especial em virtude do óbice da Súmula nº 7/STJ.3. **O caso concreto não comporta a excepcional revisão pelo Superior Tribunal de Justiça, pois o valor indenizatório, arbitrado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), não se revela exorbitante para reparar dano moral decorrente de recusa injustificada de atendimento a paciente em situação de necessidade médica.**4. Agravo interno não provido.” (AgInt no AREsp 1729968/DF, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/06/2021, DJe 17/06/2021)

“Consumidor. Apelação Cível. Plano de saúde. **Negativa de atendimento emergencial. Alegação de inadimplência. Abusividade. Dano moral configurado.** Reforma da sentença. Recurso provido por unanimidade. I- O documento de fl.17 indica ter Letícia ao comparecido ao plano socorro da Santa Clara e ter recebido negativa de atendimento, conforme consta no documento "Restrição:11 - Trava de atendimento". Além disso, às fls.18/20 consta o prontuário feito na Diretoria de Saúde do Centro Médico Militar, indicando ter Letícia recebido tratamento médico no dia 7.2.2011, às 22h35, relatando ter a menor sofrido uma queda e ter machucado o braço direito, conforme alegado na inicial. II-**A recusa indevida de tratamento médico agrava a situação psicológica e gera aflição, que ultrapassam os meros dissabores, caracterizando o dano moral indenizável.** III -**Quanto ao arbitramento da indenização, deve o magistrado tomar todas as cautelas para que o valor não seja fonte de enriquecimento sem causa, ao mesmo tempo em que não seja meramente simbólica.** IV-**Desta feita, o quantum indenizatório deve ser fixado em R\$10.000,00, por atender às balizas da razoabilidade e da proporcionalidade no intuito de retribuir o dano moral sofrido pela apelante.** V- Recurso provido por unanimidade.”(TJ-PE - APL: 4071950 PE, Relator: Francisco Eduardo Goncalves Sertorio Canto, Data de Julgamento: 28/01/2016, 3ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/02/2016)

Assim, fixo o *quantum* indenizatório em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), corrigido monetariamente pelo INPC a contar deste julgamento, nos termos da súmula 362 STJ, e acrescido de juros de mora de 1% ao mês desde a data da citação, por se tratar de relação contratual.

Desta feita, tenho por reformar a sentença para julgar procedentes os pedidos da inicial.

Por consequência, quanto aos ônus sucumbenciais e diante do resultado do julgamento, deverá a parte ré arcar com a totalidade do pagamento das custas processuais e ao pagamento de



honorários sucumbenciais ao procurador da parte autora, os quais fixo em 15% sobre o valor da condenação.

Ante o exposto, conheço e dou provimento ao recurso.

Belém (PA), 27 de setembro de 2021.

LEONARDO DE NORONHA TAVARES

RELATOR



EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RELAÇÃO DE CONSUMO. CANCELAMENTO INDEVIDO. COBRANÇA E PAGAMENTO FATURAS POSTERIORES. COMPORTAMENTO CONTRADITÓRIO. DEMORA NO ATENDIMENTO. PACIENTE QUE SE ENCONTRAVA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. DANO MORAL CONFIGURADO. APELAÇÃO PROVIDA. REFORMA DA SENTENÇA. CONDENAÇÃO EM HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS E CUSTAS PROCESSUAIS. DECISÃO UNÂNIME.

1-É abusiva e contrária ao princípio da boa-fé objetiva a conduta da operadora de plano de saúde que rescinde o contrato e aceita o pagamento das mensalidades posteriores.

2- A demora no atendimento emergencial do beneficiário do plano de saúde diante do cancelamento indevido gera dano moral.

3.Quantum indenizatório fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) em observância ao princípio da razoabilidade e proporcionalidade.

4.Custas e honorários à ordem de 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação.

5.Sentença reformada. Recurso conhecido e provido.

