



ACÓRDÃO Nº. _____
SECRETARIA DA 1ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA
JUÍZO DE ORIGEM: 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELÉM
APELAÇÃO CÍVEL N.º 0061236-68.2014.814.0301
APELANTE: ALBERTO DA SILVA CAMPOS.
APELANTE: MARIA STELA CAMPOS DA SILVA.
ADVOGADO: ALBERTO ANTONIO DE ALBUQUERQUE CAMPOS E OUTROS
AGRAVADO: BRADESCO SEGURO SAÚDE S/A
APELADO: KARINA ALMEIDA BATISTUCI.
APELADO: RENATO TADEU RONDINA MANDALITI.
RELATORA: DESEMBARGADORA MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO.

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS E TUTELA ANTECIPADA. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. DOENÇA GRAVE (C.A. DE FÍGADO). SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA SECURITÁRIA FUNDADA EM CLÁUSULA CONTRATUAL. ADIAMENTO SEGUIDO DE NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA. AÇÃO ORIGINÁRIA QUE VISA COMPELIR O PLANO DE SAÚDE AO PAGAMENTO DE TODAS AS DESPESAS HOSPITALARES, ALÉM DO REEMBOLSO DOS HONORÁRIOS MÉDICOS. PEDIDO DE REEMBOLSO NEGADO. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA.

TESE RECURSAL DE INSUBSISTÊNCIA DA NEGATIVA DE COBERTURA SECURITÁRIA SOB A ALEGAÇÃO GENÉRICA DE EXCLUSÃO DE COBERTURA CONTRATUAL. PROCEDÊNCIA. SENTENÇA PROLATADA COM ERROR IN JUDICANDO. EXISTÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL EXPRESSA. INTERPRETAÇÃO DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS DE MODO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. SÚMULA 469 DO STJ. OFENSA AOS ARTS. 6º, INC. III, 39 E 47 C/C ART. 51, IV E § 1º, II DO CDC (LEI N.º 8.078/90) E ART. 35-C DA LEI N.º 9.656/98. EVENTUAL CLÁUSULA LIMITATIVA INVÁLIDA À LUZ DA PRINCIPIOLOGIA CONSUMERISTA. CONTRATO CELEBRADO ENTRE AS PARTES QUE NÃO VEDA A COBERTURA DA DOENÇA GRAVE QUE ACOMETE O CONSUMIDOR.

MOTIVAÇÃO DA SENTENÇA QUANTO À BOA CONDIÇÃO ECONÔMICA DO CONSUMIDOR QUE NÃO SE REVELA IDÔNEA. FUNDAMENTAÇÃO QUE SE AFASTOU DA PROVA PRODUZIDA NOS AUTOS. IMPERIOSA A ANÁLISE DO CONTRATO À LUZ DOS PRINCÍPIOS DO CDC.

DANO MORAL. IMPROCEDÊNCIA. MERO INADIMPLEMENTO CONTRATUAL NÃO GERA DANO MORAL. NEGATIVA DE COBERTURA. DANO EXTRAPATRIMONIAL NÃO CONFIGURADO. AUSÊNCIA DE DEVER DE INDENIZAR.

SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA REFORMADA EM PARTE. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO, PARA JULGAR PROCEDENTE O PEDIDO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CONSISTENTE NO REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES; IMPROCEDENTE A INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. UNÂNIME.

Vistos etc.



Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores e juízes convocados componentes da 1ª Câmara Cível Isolada, por unanimidade, em conhecer e dar parcial provimento ao recurso de apelação, nos termos do voto da Desembargadora Relatora.

Sala das Sessões do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, aos TRINTA dias do mês de maio de 2016.

Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Senhor Desembargador GLEIDE PEREIRA DE MOURA.

Belém, 30 de maio de 2016.

Desa. MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO Relatora SECRETARIA DA 1ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA
JUÍZO DE ORIGEM: 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELÉM
APELAÇÃO CÍVEL N.º 0061236-68.2014.814.0301
APELANTE: ALBERTO DA SILVA CAMPOS.
APELANTE: MARIA STELA CAMPOS DA SILVA.
ADVOGADO: ALBERTO ANTONIO DE ALBUQUERQUE CAMPOS E OUTROS
AGRAVADO: BRADESCO SEGURO SAÚDE S/A
APELADO: KARINA ALMEIDA BATISTUCI.
APELADO: RENATO TADEU RONDINA MANDALITI.
RELATORA: DESEMBARGADORA MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO.

RELATÓRIO

Vistos etc.

Trata-se de APELAÇÃO CÍVEL interposta por ALBERTO DA SILVA CAMPOS e OUTRA, inconformada com a r. sentença prolatada pelo MM.º Juízo de Direito da 12ª Vara Cível da Comarca de Belém, nos autos de Ação de Obrigação de Fazer c/c Danos Morais e Materiais e Tutela Antecipada (Proc. n.º 0061236-68.2014.814.0301), proposta em desfavor de BRADESCO SEGURO SAÚDE S/A, que julgou improcedente a demanda, nos termos do art. 269, I do CPC/73, condenando a parte autora ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios fixados em R\$ 800,00, na forma do art. 20, § 4º do CPC/73.

Em suas razões (fls. 303/313), sustentam os apelantes, em suma, que a sentença merece reforma por error in iudicando, eis que prolatada em desacordo com os termos contratuais que pautam a relação consumerista na hipótese, bem como por contrariar decisão meritória favorável de 2ª Instância.

Alegam que há previsão contratual expressa no sentido de que o contrato de seguro saúde dá direito à cobertura do tratamento oncológico realizado no hospital de referência em São Paulo. Por isso, rechaçam a fundamentação da sentença, a qual aduziu que o tratamento da patologia teria sido realizado em hospital não credenciado do seguro ora apelado.

Argumentam que o trecho da fundamentação da sentença que faz referência à boa condição financeira dos apelantes não se sustenta, eis que não configura argumentação jurídica idônea, desconsiderando a existência de embasamento



legal e contratual para a cobertura, independentemente da condição financeira do consumidor.

Afirmam que sempre quitaram pontualmente os valores das mensalidades de um plano de saúde mais caro (plano nacional), contando que em caso de urgência, teriam a devida cobertura, o que não ocorreu.

Aduzem que conforme informação extraída do próprio sítio virtual do Hospital Sírio-Libanês (fl. 26), bem como o termo contratual pactuado, considerando as peculiaridades do convênio de saúde, seria assegurada a cobertura relativa aos procedimentos de Oncologia realizados na Unidade Bela Vista (SP), onde o paciente idoso fora internado e submetido à cirurgia de Hepatectomia Parcial, inexistindo justa causa para a recusa do procedimento.

Mencionam que houve violação ao princípio do pacta sunt servanda, assim como aos princípios que regem as relações consumeristas, porquanto o juízo a quo julgou improcedente a demanda com base na boa condição financeira dos ora recorrentes, sem observar a prova documental juntada aos autos, bem como a cláusula 7.6 do contrato (fl. 64-v), cujos termos amparam expressamente a pretensão deduzida em juízo (reembolso das despesas médico-hospitalares ainda quando atendido por profissional ou instituição que não integre a Rede Referenciada, até os limites previstos naquele padrão).

Defendem, portanto, que é descabida a negativa de cobertura securitária sob a alegação genérica de exclusão de cobertura contratual.

Obtemperam que a recusa ao reembolso das despesas hospitalares na espécie importou em cobrança indevida, violando o princípio da razoabilidade contratual, eis que impõe ônus a apenas uma das partes contratantes.

Gizam que a conduta do apelado ofende o art. 39 do CDC e o art. 35-C da Lei n.º 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde).

Reiteram que a sentença contraria a decisão colegiada proferida no julgamento do Agravo de Instrumento n.º 0004805-44.2014.814.0000, o qual foi conhecido e provido, reformando-se a decisão interlocutória que indeferiu o pedido de tutela antecipada.

Pugnaram pelo conhecimento e provimento do apelo, com a reforma integral da sentença, julgando-se procedente a demanda originária para condenar o apelado em danos materiais, morais e verbas de sucumbência.

O apelo foi recebido no duplo efeito (fl. 321).

Em contrarrazões, o apelado pugnou pelo conhecimento e improvimento do recurso, com a manutenção integral da sentença (fls. 322/344).

Os autos foram encaminhados ao 2º Grau de Jurisdição (fl. 356), ocasião em que foram inicialmente distribuídos ao Exmo. Sr. Des. Leonardo de Noronha Tavares, em razão de afastamento desta Relatora preventa (fl. 356).

Os apelantes atravessaram petição pleiteando a concessão de tutela provisória, ante o agravamento do estado de saúde do apelante (fls. 358/359).



Cessado o afastamento desta Relatora, o Des. Leonardo de Noronha Tavares determinou a redistribuição do feito (fl. 365).

Os apelantes peticionaram reiterando o pleito de tutela de evidência, com arrimo no art. 311, IV do NCPC (fl. 366).

Os autos foram redistribuídos à minha relatoria (fl. 369).

Vieram-me os autos conclusos.

É o Relatório.

Passo a proferir voto.

V O T O

À EXMA. DESA. MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO (RELATORA):

Atendidos os pressupostos de admissibilidade, conheço do recurso e passo à sua análise de mérito.

Inicialmente, cabe referir que, nos termos do art. 14, do CPC/2015, a norma processual não retroagirá, sendo respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada:

Art. 14. A norma processual não retroagirá e será aplicável imediatamente aos processos em curso, respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada.

Dessa forma, aplicam-se ao presente processo as disposições constantes do CPC/1973, em vigor quando do ajuizamento da ação, da prolação da sentença e da interposição deste recurso.

Feita esta ponderação, passo ao exame da insurgência.

Trata-se de apelo interposto contra sentença que julgou totalmente improcedente ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais e materiais, decorrente de suposta negativa indevida de cobertura securitária (plano de saúde) em tratamento de doença grave com risco de morte.

DOU PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO.

Antes de mais, adianto que no mérito, mantenho o mesmo posicionamento jurídico firmado quando do julgamento do Agravo de Instrumento nº 0004805-44.2014.814.0000 – que gerou a prevenção desta Relatora –, ocasião em que, em voto acompanhado à unanimidade, conheci e dei provimento ao recurso, para reformar a decisão interlocutória que indeferiu o pedido de tutela antecipada.

Logo, entendo que a sentença merece ser reformada quase na sua integralidade, ressalva feita ao pedido de danos morais.

Explico.

A breve fundamentação da sentença não se sustenta.



Basicamente, o juízo a quo albergou as teses defensivas do seguro apelado, a saber: i) que a doença grave que acomete o autor/apelante não possuiria cobertura contratual; ii) que os procedimentos médicos por ele realizados, foram feitos em Hospital não credenciado.

Todavia, ao rechaçar a pretensão autoral de reembolso de valores despendidos de forma particular, bem como a indenização por danos morais, o juízo de piso fez ainda referência à capacidade econômica dos apelantes, os quais, sponte propria, deliberaram realizar o tratamento em Hospital de referência, localizado em São Paulo (SP), reconhecidamente um dos mais competentes e caros do país.

Ora, sobre este último aspecto, é importante referir que a possível posse de recursos financeiros dos apelantes, de per si, não é motivação idônea para afastar o argumento de inadimplemento contratual. Se assim o fosse, somente os menos favorecidos economicamente fariam jus à tutela jurídica de suas pretensões em face dos planos de saúde e seguradoras recalcitrantes.

In casu, tenho que a demanda deve ser analisada à luz dos princípios que regem o microssistema consumerista e do direito contratual, e não sob a ótica do eventual poderio econômico das partes contendoras.

Afora isso, resta ainda a informação trazida no apelo de que entre o julgamento do agravo de instrumento (provido, através de decisão publicada no DJE de 13/04/15) e a prolação da sentença (24/09/15), passaram-se 05 meses sem que o juízo a quo determinasse o cumprimento do acórdão deste TJE/PA, permanecendo inalterada a tutela de urgência no contexto dos autos.

Pois bem.

DO MÉRITO RECURSAL

Examino recurso de apelação interposto em face de sentença de improcedência de ação dirigida à BRADESCO SEGURO SAÚDE S/A para fins de pagamento das despesas relacionadas ao tratamento cirúrgico para câncer de fígado (doença grave) a que restou submetido e que lhe estão sendo cobradas pelo nosocômio responsável pela internação a partir da recusa infundada de cobertura contratual, sem prejuízo da reparação pelo dano moral decorrente.

Os pedidos formulados pelos autores não foram acolhidos e, por isso, recorrem, insurgindo-se contra o entendimento adotado na sentença.

As teses recursais podem ser assim esquematizadas:

- a) A sentença teria descumprido e foi contrária ao acórdão prolatada quando do julgamento do Agravo de Instrumento n.º 0004805-44.2014.814.0000, que reformou a decisão interlocutória para deferir o pleito de tutela antecipada;
- b) A sentença merece reforma por ter sido prolatada em desacordo com os termos contratuais e os princípios da relação consumerista;
- c) Ofensa ao princípio contratual do pacta sunt servanda, em razão do descumprimento das cláusulas 7.6 e 7.7, que preveem o direito ao reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, mesmo que o hospital não integre a Rede Referenciada;
- d) A sentença ignorou a comprovação de que o Hospital Sírio-Libanês, unidade Bela



Vista é acobertado pelo seguro saúde apelado, inclusive com competência para realizar procedimento cirúrgico daquela espécie, integrando a rede referenciada. E ainda que não fosse acobertado, há cláusula contratual que estipula que mesmo que o hospital não integre a Rede Referenciada, é cabível o reembolso das despesas;

e) A sentença ignorou que não há cláusula contratual expressa que exclua o procedimento oncológico do plano de saúde, sendo indevida a negativa de cobertura securitária sob a alegação genérica de exclusão de cobertura contratual.

f) A recusa do reembolso das despesas médico-hospitalares importou na cobrança indevida e em prática ilegal por ofensa ao princípio da razoabilidade, e ao art. 39 do CDC (vedação de prática abusiva) c/c art. 35-C da Lei n.º 9.656/98;

g) A sentença teria julgado contrariamente às provas dos autos.

O objeto principal do seguro é a cobertura do risco contratado, ou seja, o evento futuro e incerto que poderá gerar o dever de indenizar por parte da seguradora. Outro elemento essencial desta espécie contratual é a boa-fé, na forma do art. 422 do Código Civil, caracterizada pela lealdade e clareza das informações prestadas pelas partes.

Nesse panorama, e considerando os elementos coligidos nos autos, tenho que restou evidenciada a indevida negativa de cobertura securitária no caso concreto.

Portanto, deve ser julgada parcialmente procedente a demanda originária, exceto pelos danos morais.

Na ocasião do julgamento – e provimento – do recurso de agravo de instrumento, restou consignado que foram preenchidos os requisitos do art. 273 do CPC/73, notadamente pela comprovação da recusa de cobertura e pelo desatendimento da solicitação de reembolso.

No mérito, por força do efeito devolutivo amplo do apelo (em profundidade e em extensão), é forçoso reconhecer que a sentença merece reforma quanto aos fundamentos adotados para o indeferimento do pedido, quais sejam: a doença do autor não possui cobertura contratual e o Hospital que realizou o tratamento não é credenciado na rede abrangida pelo seguro. E especialmente quando desbordou da análise puramente contratual, ao levar em consideração a condição econômica do consumidor do seguro saúde para o indeferimento do pedido.

Compulsando os autos, é forçoso reconhecer que a resolução da controvérsia passa necessariamente pela análise das cláusulas do contrato celebrado entre as partes, à luz dos princípios do direito consumerista.

Nesse particular, é inevitável concluir que a interpretação contratual mais benéfica ao consumidor (CDC, art. 47) alberga a cobertura da doença grave que acomete o autor/apelante, assim como possibilita concluir que o Hospital particular de referência utilizado é centro credenciado, sendo acobertado pelo seguro; e, no limite, ainda que não fosse abrangido, há cláusula contratual expressa (Cláusula 7.7) no sentido de que Quando atendido por profissional ou instituição que não integre a Rede Referenciada do seu Padrão de Seguro, o segurado terá direito ao reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, até os limites previstos naquele padrão.

Ademais, a sentença não tocou no tema da emergência, imprescindível à resolução da controvérsia. Afinal, não se aduziu que a situação do apelante não se



enquadrava em emergência, havendo disponibilidade do serviço médico no ambiente territorial de cobertura contratual.

Desta feita, entendo que a pretensão de reembolso de todas as despesas médico-hospitalares despendidas no tratamento de C.A. de fígado, que fora realizado de forma particular, dado o caráter de urgência, merece agasalho.

Portanto, divirjo da fundamentação da sentença, a qual aduziu, in verbis:

não podemos ignorar o fato do Autor haver realizado seu tratamento em Hospital particular, não credenciado (Sírio-Libanês).

(...)

O que se depreende dos autos é que o Autor, em razão de possuir recursos financeiros não olvidou esforços em busca de sua saúde, sempre primando pelo melhor e mais conceituado tratamento, opção esta que certamente seria a de todos os que se encontram na mesma situação e valoram sua vida, no entanto, não podemos ignorar o limite da responsabilidade do plano de saúde por não acobertar procedimentos em local não acobertado. (...)

Ademais, tem-se que a sentença recorrida deu especial atenção à responsabilidade civil, ao invés de se debruçar também sobre a tutela específica da obrigação de fazer atinente à relação contratual na espécie.

Prova disso é que mencionou expressamente a falta de nexo de causalidade entre o suposto ilícito e o dano, mencionando o limite de responsabilidade do plano de saúde; mas pouco aduziu sobre o inadimplemento contratual e a interpretação dos contratos à luz do CDC.

De fato, em caso similar envolvendo a mesma parte apelada, o TJRJ assim se manifestou:

RECURSO nº 0023446-78.2010.8.19.0001 RECORRENTE: BRADESCO SEGUROS S/A RECORRIDA: JANE ARICIO TEIXEIRA LEITE VOTO Cuida-se de recurso ofertado pela seguradora de saúde ré contra sentença que a condenou a restituir à consumidora os valores despendidos com honorários de anestesista, instrumentador, cirurgião, não credenciados, bem como, despesas com material cirúrgico e aluguel de equipamento a laser, necessários à realização de cirurgia, e a pagar a cifra de R\$ 3.000,00 (três mil reais) a título de indenização por danos morais em razão da restituição parcial e infundado das despesas. A recorrente aduz a existência de cláusula limitativa válida lastreando a sua conduta e a inoccorrência de danos morais. É o breve relatório. VOTO O recurso merece parcial provimento. De fato, as operadoras de saúde, por força do contrato, não estariam obrigadas a custear procedimento realizado por profissional não credenciado ou em estabelecimento não conveniado, quando o contrato expressamente exclui essa cobertura. Todavia, estamos diante de uma relação de consumo, sob a égide da Lei 8078/90, que em seu art. 51, IV e § 1º, II considera nulas de pleno direito cláusulas que estabeleçam obrigações consideradas abusivas e que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, aí incluídas aquelas que restringem obrigações inerentes à natureza do contrato. Na presente hipótese, o contrato acostado pela autora às fls. 36-47, estabelece, expressamente em sua cláusula 5 que o segurado sera atendido por medico em hospital de sua livre escolha. A cláusula 7 estabelece que a seguradora se obrigará a pagar ou reembolsar as despesas medico-hospitalares do segurado apenas quando houver necessidade de internação e na eventualidade de cirurgia na especialidade de 1. Angiologia e cirurgia vascular. Por sua vez a cláusula 15, "b"



prevê a cobertura do material utilizado na cirurgia. Resta claro, então, que o acordo estabelece a obrigação de reembolso das despesas com os honorários de especialistas, sob pena de inviabilizar o procedimento que é coberto. Outrossim, eventual previsão de reembolso parcial quando não existe a possibilidade de utilização de profissional credenciado revela-se onerosa para o consumidor e confere vantagem excessiva para o planos de saúde em relação aos riscos assumidos, o que permite concluir que o reembolso deve ser integral. Friso, por oportuno, que carreada aos autos cópia do contrato firmado entre a Recorrente e a Recorrida, o que é suficiente para afastar a tese de que existe limitação contractual. Assim, no que se refere ao pleito de restituição integral do valor pago a título de honorários de anestesista, cirurgião, instrumentadora, bem como aluguel e aparelho e material, entendo que andou bem a sentença. Por outro lado, entendo que o dano moral não ficou configurado, pois a questão referente a recusa de reembolso de despesas com atendimento já prestado tem repercussão exclusivamente patrimonial, inexistindo narrativa de outros reflexos lesivos de direito da personalidade. Ante o exposto, conheço dos recursos e dou-lhes parcial provimento para julgar improcedente o pleito indenizatório por danos morais, mantendo-se a sentença, no mais, como lançada. Sem ônus sucumbenciais. Rio de Janeiro, 02 de fevereiro de 2011. Luciana Gomes de Paiva Juíza de Direito (TJRJ. RI: 00234467820108190001. Relator: LUCIANA GOMES DE PAIVA, SEGUNDA TURMA RECURSAL. DATA DE JULGAMENTO: 01/02/2011. PUBLICAÇÃO: 10/03/2011).

Os contratos de planos de saúde estão submetidos às normas do Código de Defesa do Consumidor, na forma da Súmula 469, do STJ, devendo ser interpretados de maneira mais favorável à parte mais fraca nesta relação. De outro lado, quando muito, os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais moléstias oferecerão cobertura, não lhes cabendo limitar o tipo de tratamento que será prescrito.

Nesse sentido:

Ementa: AÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE. INJEÇÕES ANTI-VEGF (ANTIANGIOGÊNICAS). DEGENERAÇÃO MACULAR DO OLHO. NEGATIVA DE COBERTURA. DESCABIMENTO. DANOS MORAIS. INOCORRÊNCIA. CASO CONCRETO.

I. Nos termos do art. 14, do CPC/2015, a norma processual não retroagirá, respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada. Dessa forma, aplicam-se ao caso as disposições constantes do CPC/1973, em vigor quando do ajuizamento da ação, da prolação da sentença e da interposição dos presentes recursos.

II. Os contratos de planos de saúde estão submetidos às normas do Código de Defesa do Consumidor, na forma da Súmula 469, do STJ, devendo ser interpretados de maneira mais favorável à parte mais fraca nesta relação. De outro lado, os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais moléstias oferecerão cobertura, não lhes cabendo limitar o tipo de tratamento que será prescrito, incumbência essa que pertence ao profissional da medicina que assiste o paciente. Além do mais, deve ser priorizado o direito à saúde e à vida em relação ao direito contratual. Incidência dos arts. 47 e 51, IV, § 1º, II, do CDC.

III. Ademais, o tratamento por injeções antiangiogênicas não está previsto nas hipóteses de exclusão do art. 10, da Lei nº 9.656/98, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

IV. Da mesma forma, como salientado pela requerida, a Resolução nº 338/2013, da ANS, determina como cobertura obrigatória o tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico (com diretriz de utilização). Aqui, convém ressaltar que, apesar de a requerida alegar que a cobertura somente seria obrigatória para



pacientes que apresentam a forma exsudativa da degeneração macular, e não no caso do autor, a mesma não realizou nenhuma prova no sentido de que o quadro do demandante não se encaixava na hipótese prevista de cobertura, ônus que lhe incumbia, nos termos do art. 333, II, do CPC/1973, não bastando para tanto, apenas a juntada de parecer técnico, pois foi produzido de forma unilateral. Por conseguinte, a requerida deve arcar com o tratamento indicado à parte autora, ressarcindo a mesma dos valores despendidos.

V. A correção monetária incide a partir da data de cada desembolso. Entretanto, os juros moratórios devem ser contados a partir da citação, por se tratar de relação contratual. Tratando-se matéria de ordem pública, o termo inicial da correção monetária e dos juros moratórios pode ser alterado de ofício, independentemente de pedido, sem implicar em reformatio in pejus ou em decisão extra petita. Precedentes do STJ.

VI. No que tange aos danos morais, embora a negativa de cobertura pelo plano de saúde possa caracterizá-los, a questão deve ser examinada caso a caso. Na hipótese fática, não há direito à reparação por danos morais, uma vez que o tratamento em questão sequer deixou de ser realizado, não havendo comprovação dos supostos danos daí de comprovar os aborrecimentos, os transtornos e os constrangimentos eventualmente sofridos com a negativa de reembolso do tratamento, ônus que lhes incumbia, na forma do art. 333, I, do CPC/1973. Além disso, o valor desembolsado será ressarcido pela requerida.

VII. Por fim, devem ser majorados os honorários advocatícios arbitrados em favor do procurador do demandante, porquanto em dissonância com os parâmetros do art. 20, §§ 3º e 4º, do CPC/1973, quais sejam, grau de zelo do profissional, lugar de prestação do serviço, natureza e importância da causa, trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o serviço. **APELAÇÃO DA RÉ DESPROVIDA. APELAÇÃO DO AUTOR PARCIALMENTE PROVIDA. ALTERADO, DE OFÍCIO, O TERMO INICIAL DOS JUROS MORATÓRIOS.** (Apelação Cível Nº 70067456541, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge André Pereira Gailhard, Julgado em 27/04/2016)

Sobre a possibilidade de reembolso, confira-se outro julgado do TJRS:

Ementa: AÇÃO DE RESSARCIMENTO CUMULADA COM DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. APENDICCECTOMIA. NEGATIVA DE COBERTURA. DESCABIMENTO. REEMBOLSO. LIMITES DO CONTRATO. DANOS MORAIS. INOCORRÊNCIA. I. Nos termos do art. 14, do CPC/2015, a norma processual não retroagirá, respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada. Dessa forma, aplicam-se ao presente processo as disposições constantes do CPC/1973, em vigor quando do ajuizamento da ação, da prolação da sentença e da interposição deste recurso. II. Os contratos de planos de saúde estão submetidos às normas do Código de Defesa do Consumidor, na forma da Súmula 469, do STJ, devendo ser interpretados de maneira mais favorável à parte mais fraca nesta relação. De outro lado, os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais moléstias oferecerão cobertura, não lhes cabendo limitar o tipo de tratamento que será prescrito, incumbência essa que pertence ao profissional da medicina que assiste o paciente. Além do mais, deve ser priorizado o direito à saúde e à vida em relação ao direito contratual. Incidência dos arts. 47 e 51, IV, § 1º, II, do CDC. III. Ademais, o tratamento em questão não está previsto nas hipóteses de exclusão do art. 10, da Lei nº 9.656/98, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Outrossim, é obrigatória a cobertura, ainda que dentro do prazo de carência, do atendimento nos casos de emergência urgência. Ademais, é de 24 horas o prazo máximo de carência para a cobertura dos casos de urgência e emergência. Inteligência dos arts. 12, V, "c", e



35-C, da Lei nº 9.656/98. IV. Por conseguinte, a requerida deve arcar com os custos do procedimento indicado ao marido da parte autora, observados os limites de reembolso previstos no contrato. V. No que tange aos danos morais, embora a negativa de cobertura pelo plano de saúde possa caracterizá-los, a questão deve ser examinada caso a caso. Na hipótese fática, não há direito à reparação por danos morais, uma vez que o procedimento cirúrgico no marido da autora sequer deixou de ser realizado, não havendo comprovação dos supostos danos daí decorrentes. Não logrou a autora comprovar os aborrecimentos, os transtornos e os constrangimentos eventualmente sofridos com a negativa de reembolso do tratamento, ônus que lhes incumbia, na forma do art. 333, I, do CPC/1973. Além disso, o valor desembolsado será ressarcido pela requerida. VI. Redimensionamento da sucumbência, observado o igual decaimento das partes em suas pretensões. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70065207938, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge André Pereira Gailhard, Julgado em 30/03/2016)

No caso concreto, é evidente que a moléstia grave que acomete o 1º apelante encontra cobertura contratual, sendo indevida a negativa do pedido de reembolso.

Portanto, à luz do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/98, impõe-se à operadora do plano suportar as despesas do tratamento em questão.

Assim, posiciona-se a jurisprudência do C. STJ:

EMENTA: AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO EM RAZÃO DA INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA FINANCEIRA DE EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO SEGUIMENTO AO RECLAMO. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. 1. Aplicação da Lei 9.656/98 a contratos anteriores à sua vigência. Embora as disposições do aludido diploma legal, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não retroajam para atingir contratos celebrados antes de sua vigência (quando não adaptados ao novel regime), a eventual abusividade das cláusulas pode ser aferida à luz do Código de Defesa do Consumidor. Isto porque "o contrato de seguro de saúde é obrigação de trato sucessivo, que se renova ao longo do tempo e, portanto, se submete às normas supervenientes, especialmente às de ordem pública, a exemplo do CDC, o que não significa ofensa ao ato jurídico perfeito" (AgRg no Ag 1.341.183/PB, Rel. Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, julgado em 10.04.2012, DJe 20.04.2012). Precedentes. 2. Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico do beneficiário. Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar. Precedentes. 3. Agravo regimental desprovido, com a imposição de multa. (AgRg no REsp 1450673/PB, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 07/08/2014, DJe 20/08/2014 (grifei).

Embora não seja o caso dos autos, em que, como visto alhures, há cobertura contratual da doença grave e o hospital integra a Rede Referenciada, a jurisprudência encampa a possibilidade de reembolso das despesas devidas ainda que o procedimento tenha sido realizado em Hospital não conveniado, na hipótese de emergência.



É ver:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO REALIZADO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA. HOSPITAL NÃO CONVENIADO. COBERTURA DEVIDA. REEMBOLSO DAS DESPESAS COMPROVADAS. DANO MORAL. INOCORRÊNCIA. 1. Os planos ou seguros de saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo atinente ao mercado de prestação de serviços médicos. Isto é o que se extrai da interpretação literal do art. 35 da Lei 9.656/98. Súmula n. 469 do STJ. 2. Caso em que o atendimento realizado no Hospital Moinhos de Vento foi prestado em caráter de emergência, diante do estágio crítico em que se encontrava o autor. 3. Demonstrado o caráter de emergência na realização do tratamento clínico, não seria crível que o réu pretendesse que o autor aguardasse mais tempo para realizar o procedimento necessário a sua saúde, a fim de que fosse feito por instituição conveniada, pois configuraria evidente descaso à saúde do beneficiário do plano de saúde e violaria a legislação que rege a matéria. 4. Verificado o caráter emergencial do procedimento, não há como justificar a negativa de reembolso do tratamento, por não ter sido realizado na rede credenciada. Inteligência dos artigos 1º e 35-C da Lei 9.656 de 1998. 5. Hipótese de ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento a ser realizado na forma simples. 6. Não merece prosperar o pedido de pagamento integral do valor referente ao empréstimo realizado junto à Caixa Econômica Federal, uma vez que deixou o autor de trazer aos autos qualquer documento que comprove que o valor advindo do empréstimo foi efetivamente utilizado para pagamento das despesas médico-hospitalares, ônus que lhe cabia e do qual não se desincumbiu, a teor do art. 333, inciso I do CPC. 7. Danos morais. Somente os fatos e acontecimentos capazes de abalar o equilíbrio psicológico do indivíduo são considerados para tanto, sob pena de banalizar este instituto, atribuindo reparação a meros incômodos do cotidiano, em especial quando se trata de responsabilidade contratual. Dado parcial provimento ao apelo. (Apelação Cível Nº 70065494056, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 11/11/2015)

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS HOSPITALARES. CIRURGIA CARDÍACA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. ATENDIMENTO FORA DO ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA NÃO AFASTADA. INTELIGÊNCIA DAS CLÁUSULAS 26 E 27 DO CONTRATO. DEVER DE REEMBOLSO RECONHECIDO. DANO MORAL. DEVER DE INDENIZAR AFASTADO. Recurso de apelação interposto em face de sentença de improcedência de ação dirigida à mantenedora de plano de saúde para fins de pagamento das despesas relacionadas ao tratamento cirúrgico para cardiopatia grave a que restou submetido o contratante e que lhe estão sendo cobradas pelo nosocômio responsável pela internação a partir da recusa infundada de cobertura contratual, sem prejuízo da reparação pelo dano moral decorrente. Em se tratando de cardiopatia grave, qualquer circunstância que recomende intervenção médica e hospitalar pode ser considerada de emergência. O documento de fls. 47 informa que a recusa de cobertura decorreu do fato de a internação dar-se em hospital de alto custo e com tabela própria. Assim, é possível concluir-se que a justificativa para a recusa na esfera administrativa não coincide com a justificativa para a recusa apresentada em contestação. Devem ser, por conseguinte, rechaçadas de plano as justificativas processuais de que havia expressa exclusão de cobertura e de que não observou o contratante a limitação territorial. Em se tratando de relação de consumo jungida aos princípios esculpidos no Código de Defesa do



Consumidor, caberia à mantenedora do plano de saúde demonstrar à suficiência que não era caso de obediência às cláusulas 26 e 27 do contrato, ônus do qual não se desincumbiu a partir da desistência da única testemunha que arrolou. Havendo risco de vida, como informado nos depoimentos das testemunhas, há situação de emergência a ser considerada. A interpretação dada à prova oral pelo julgador a quo prejudicou a parte apelante, pois negou vigência ao princípio fundamental da inversão do ônus da prova. Apelação provida em parte para condenar a ré a reembolsar o autor as despesas suportadas pelo tratamento e que foram objeto de cobrança judicial pelo nosocômio credor. Melhor sorte não tem o apelante no que diz respeito à pretensão formulada a título de dano moral. Consoante reiterado entendimento revelado por este Relator em julgamentos envolvendo descumprimento de contrato de plano de saúde, não há ilicitude, e portanto dever de indenizar, no comportamento de recusa de cobertura na esfera administrativa. No caso em comento sequer ação judicial foi ajuizada pelo apelante para satisfação da obrigação contratual, o que confirma que as circunstâncias do caso concreto não recomendam o reconhecimento dos pressupostos exigidos para a configuração do dano moral. Sucumbência proporcional à condenação e decaimento, conforme fundamentação. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA, POR MAIO (Apelação Cível Nº 70056994254, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sylvio José Costa da Silva Tavares, Julgado em 21/05/2015)

Desta feita, em resumo, reputo incorreto o entendimento de que seria indevido o reembolso: a uma pois a moléstia grave encontra amparo contratual, inexistindo vedação expressa na avença (vide cláusulas 3 e 4 – fls. 63v); a duas porque conforme demonstrado pelos apelantes, o Hospital de Alto Custo escolhido para o tratamento integra a Rede Referenciada, não se admitindo que se induza o consumidor a erro em contrato adesivo (fls. 26/27); a três porque ainda que o aludido nosocômio paulista não fosse abrangido pelo seguro, há cláusula contratual expressa no sentido de que quando atendido por profissional ou instituição que não integra a Rede Referenciada do seu Padrão de Seguro, o segurado terá direito ao reembolso das despesas médico-hospitalares cobertas pelo seguro, até os limites previstos naquele padrão (fl. 64v).

Os julgados colacionados na sentença guerreada se escoram no princípio da preservação do equilíbrio contratual, veiculando a tese de que é indevida a pretensão de reembolso diante da utilização de hospital expressamente excluído da cobertura contratual, inexistindo evidência da imprescindibilidade do tratamento prestado pelo nosocômio de alto custo em prejuízo dos estabelecimentos constantes na rede credenciada da ré.

Ora, a tese supra, embora verdadeira, não se aplica ao caso concreto.

Em se tratando de câncer de fígado, notadamente de alta mortalidade, qualquer circunstância que recomende intervenção médica e hospitalar pode e deve ser considerada de emergência.

Há nos autos documento informando a recusa de cobertura pelo fato de a internação dar-se em hospital de alto custo e com tabela própria, não integrante da Rede Referenciada.

Note-se que a justificativa para a recusa na esfera administrativa deve coincidir com a justificativa para a recusa apresentada em contestação.

Deve, por conseguinte, ser rechaçada, de plano, a justificativa apresentada de que



havia expressa exclusão de cobertura e de que não foi observada pelo contratante a limitação territorial quanto à Rede Referenciada.

No limite, entendo que em se tratando a contenda, como já adiantado, de relação de consumo jungida aos princípios esculpidos no Código de Defesa do Consumidor, caberia à seguradora do plano de saúde demonstrar à saciedade que não estava o apelante sob situação de emergência, ônus do qual não se desincumbiu.

Por isso, em não afastada pela parte ré a circunstância de que estava o apelante sob situação de emergência e que a cirurgia (e tratamento) faziam-se necessários no Hospital Sírrio-Libanês, para o seu melhor tratamento; deve ser compelida ao ressarcimento.

Entendo, por fim, que havendo risco de vida, como informado no bojo do processo, há situação de emergência a ser considerada. A gravidade do quadro clínico do autor atrai, por si só, a incidência da norma contida no artigo 35-C da Lei nº 9.656/98.

In casu, corrobora a tese de ofensa ao princípio contratual da boa-fé objetiva, a circunstância de que o próprio consumidor, por sua formação na área jurídica, presumidamente analisou as cláusulas do contrato de adesão celebrado, decerto buscando cercar-se de cautelas quanto a possíveis cláusulas abusivas. Do contrário, é possível supor, não teria assinado a avença, evitando futuras demandas judiciais.

Portanto, é devido o reembolso no caso concreto, até os limites previstos no contrato celebrado, em razão da frustração de legítima expectativa do consumidor.

Com efeito, conheço e dou provimento à apelação das partes autoras para condenar a ré/apelada a reembolsar os autores nas despesas suportadas pelo tratamento e que foram (e estão sendo) objeto de cobrança pelo nosocômio credor.

DA INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS

Para fins de responsabilidade civil por dano extrapatrimonial, entendo que não merece prosperar a insurgência quanto ao ponto.

Isso porque, segundo jurisprudência dominante, o inadimplemento de contrato, por si só, não acarreta dano moral, que pressupõe ofensa anormal a direito da personalidade.

Assim, em regra, a inobservância de cláusulas contratuais pode gerar frustração no contratante, mas não se apresenta como suficiente para produzir dano na esfera íntima do indivíduo.

Nesse sentido, ainda os arestos da Corte Gaúcha a seguir transcritos:

Apelação cível. Seguros. Plano de saúde. Negativa de cobertura. Dano moral. Inocorrência. A operadora de plano de saúde não pratica ato ilícito gerador de dano moral, por si só, ao negar a cobertura de determinado procedimento, baseada em cláusula, segundo sua interpretação contratual. Danos morais não



comprovados. Apelo não provido. (Apelação Cível Nº 70061906368, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ney Wiedemann Neto, Julgado em 29/01/2015)

APELAÇÕES CÍVEIS. SEGUROS. NEGATIVA, POR PLANO DE SAÚDE, DE COBERTURA DE RADIOTERAPIA DE INTENSIDADE MODULADA (IMRT). IMPOSSIBILIDADE. DANO MORAL NÃO EVIDENCIADO. 1. Da cobertura do procedimento médico. Não pode o paciente, por conta de cláusula contratual limitativa, ser impedido de submeter-se ao método terapêutico mais moderno disponível à época do surgimento e evolução da moléstia. Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente. A seguradora não está habilitada, tampouco autorizada, a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a sua vida. 2. Do dano moral. A negativa de cobertura de procedimento médico, por si só, não enseja a obrigação de pagamento de indenização por danos morais. Hipótese em que não foi impossibilitado ao demandante se submeter ao procedimento recomendado tendo em vista o deferimento da antecipação de tutela. Sentença de parcial procedência mantida. APELOS DESPROVIDOS. POR MAIORIA. (Apelação Cível Nº 70062436266, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Luiz Menegat, Julgado em 18/12/2014)

Adota-se tal entendimento, em relação aos danos morais, na medida em que, embora a negativa de cobertura por plano de saúde possa caracterizá-los, a questão deve ser examinada caso a caso.

Na hipótese fática, analisando os autos, cheguei à conclusão de que não há direito à reparação por danos morais, uma vez que o tratamento em tela não deixou de ser realizado, não sendo comprovados os danos daí decorrentes.

Além disso, o valor desembolsado para a realização do tratamento será ressarcido pela requerida, devidamente atualizado.

Logo, apesar de lamentar o ocorrido, tenho que a situação relatada nos autos não passou do mero aborrecimento, do mero dissabor, incapaz de atingir a esfera psíquica do autor de forma tão negativa, a ponto de gerar o direito à reparação por danos morais.

Não se trata, portanto, de dano in re ipsa, razão pela qual era ônus da parte autora demonstrar o aborrecimento, o transtorno e o constrangimento eventualmente sofridos em virtude da negativa de cobertura do tratamento realizado, na forma do art. 333, I, do CPC/1973, do qual não se desincumbiu.

Outrossim, a demandada não recusou o cumprimento do contrato injustificadamente, o que possibilitaria a concessão de indenização por dano moral, mas por razões que, em tese, permitiriam discutir a execução contratual, garantia constitucional que lhe é assegurada.

Com a procedência parcial, assumem ambas as partes as despesas de sucumbência de forma proporcional como a seguir será explicitado.

DO DISPOSITIVO

Ante o exposto, dou parcial provimento ao recurso para, reformando a



sentença, julgar parcialmente procedente a demanda originária para, desacolhendo a pretensão dirigida à reparação a título de dano moral, condenar o seguro réu/apelado ao pagamento de todas as despesas médico-hospitalares experimentadas com o tratamento oncológico do autor/apelante, inclusive com o reembolso dos honorários médicos custeados pelos particulares, atualizados até a data do efetivo pagamento, a título de dano material, quantia que deve ser corrigida a partir do ajuizamento da ação e acrescida de juros moratórios de 1% ao mês a contar da citação.

Com o resultado, condeno a parte ré ao pagamento de 80% das custas e honorários advocatícios em favor dos procuradores constituídos pelas partes autoras, que fixo em 20% sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 2º do NCPC.

Condeno a parte autora ao pagamento de 20% das custas e honorários advocatícios em favor do patrono da parte ré que arbitro em 20% sobre o valor do decaimento, o qual, sendo meramente estimativo (R\$ 100.000,00), fixo equitativamente em R\$ 10.000,00.

É como voto.

Belém - PA, 30 de maio de 2016.

Desa. MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO
Relatora