



1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

ORIGEM: JUÍZO DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL DE BELÉM/PA

APELAÇÃO Nº 0021244-68.2011.8.14.0301

APELANTE: LORIVAL WANDERBROOK

APELADAS: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BOM SAMARITANO e ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRASILEIRA DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – HOSPITAL ADVENTISTA DE BELÉM

RELATORA: DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICABILIDADE. CLÁUSULAS RESTRITIVAS. RESSARCIMENTO DEVIDO. NEGATIVA DE COBERTURA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FORA DA ÁREA DE COBERTURA REGIONAL. URGÊNCIA CARACTERIZADA. INFARTO AGUDO. DEVER DE PRESTAR ASSISTÊNCIA MÉDICA. DANOS MORAIS E MATERIAIS CARACTERIZADOS. RECURSO A QUE SE DÁ PROVIMENTO A FIM DE REFORMAR A SENTENÇA RECORRIDA.

DECISÃO MONOCRÁTICA

Trata-se de APELAÇÃO CÍVEL interposta por LORIVAL WANDERBROOK, nos autos da Ação de indenização por danos morais e materiais, em face da sentença que julgou improcedente o pedido do autor em face dos ora apelados ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BOM SAMARITANO e ASSOCIAÇÃO ADVENTISTA NORTE BRASILEIRA DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – HOSPITAL ADVENTISTA DE BELÉM.

Alega o recorrente que o juízo de primeiro grau se equivocou quando prolatou a sentença, já que utilizou fundamentação baseada unicamente nas afirmativas da primeira apelada, contrariando o conjunto probatório contido nos autos.

Aduz que o infarto agudo sofrido quando de sua estadia no paraná é situação de urgência/emergência que justifica o atendimento em hospital não credenciado ao plano de saúde réu.

Afirma ainda que a negativa do plano de saúde em proceder a cobertura de procedimento de urgência dá ensejo à reparação por danos morais, pois o autor e sua família tiveram sua esfera psíquica afetada quando da recusa de cobertura do plano.

Por derradeiro, sustenta haver necessidade de declaração de nulidade da cláusula que impõe limites ao atendimento em caráter de urgência, por referida disposição contratual atentar contra a boa-fé dos contratos.

Foram apresentadas contrarrazões pela apelada Associação Beneficente Bom Samaritano às fls. 742/749 e pela Associação Adventista Norte Brasileira de Prevenção e Assistência à saúde – Hospital Adventista de Belém às fls. 750/761.



É o relatório.

DECIDO.

Conheço do recurso, pois presentes os pressupostos de admissibilidade recursal.

Da leitura da sentença recorrida, percebe-se que o Tribunal de origem julgou improcedente o pedido de reembolso formulado pelo ora recorrente. Para isso, argumentou que não estariam presentes os requisitos legalmente estabelecidos para a restituição de despesas hospitalares formuladas junto a entidade não credenciada ao plano de saúde.

Inicialmente, deve-se registrar que a relação jurídica entabulada entre as partes, porquanto atinente a plano de saúde, caracteriza-se como consumerista, estando submetida às disposições do Código de Defesa do Consumidor. Nesse sentido dispõe a súmula 469 do STJ:

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de Saúde.

Neste contexto, é de colocar em evidência que o contrato em questão é notoriamente classificado como de adesão, pois está claro que as cláusulas restritivas de cobertura foram estabelecidas unilateralmente pela apelada, sem qualquer possibilidade de discussão ou modificação de seu conteúdo pelo aderente.

De há muito a doutrina e o judiciário vem repelindo certas práticas das operadoras em face do leigo consumidor de saúde. A propósito colham-se as importantes conclusões do Congresso Nacional do Consumidor sobre o tema Seguro-saúde e Planos de saúde, publicadas na Revista de Direito do Consumidor, n.º 26, p. 254/246:

Na regulamentação da matéria, o interesse social deve prevalecer sobre o interesse econômico, levando-se em conta o direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana. (aprovada por unanimidade).

A interpretação dos contratos deve ser feita sob a regra da boa-fé. (aprovada por unanimidade)

Ao negar cobertura a determinados tipos de doenças a empresa atenta contra os direitos - absolutos - à saúde e à vida dos segurados e tal disposição será tida por ilícita exatamente porque descumprida está a função do contrato. (aprovada por unanimidade).

Todas as cláusulas inseridas em contratos de seguro-saúde que denotem o exercício antifuncional do direito de contratar são ilícitas, por configurarem abuso deste direito. (aprovada por unanimidade). O abuso de direito constitui fundamento jurídico na proibição de clausular abusivamente nos contratos de seguro-saúde. (aprovada por unanimidade).



A propósito desta questão intrigada a respeito da previsão dos riscos e coberturas no contrato de seguro, observou com muita propriedade a Ministra NANCY ANDRIGHI que:

Neste engenhoso mecanismo jurídico-econômico, a sociedade seguradora arrecada fundos junto a uma coletividade de pessoas, os segurados, celebrando contratos individuais, de forma que os esforços coletivos de poupança superem o valor de prejuízos estatisticamente verificáveis em certo período de tempo. Cada prejuízo individual é ressarcido pelo fundo comum administrado pela sociedade seguradora. Da diferença entre o total de indenizações pagas e o total de prêmios arrecadados, a seguradora retira sua remuneração. Assim, a necessidade de segurança contra riscos que são individualmente incertos leva um grupo de pessoas, sob a administração de uma seguradora, ao um esforço mútuo e recíproco para se precaver contra prejuízos que são coletivamente, e segundo cálculos estatísticos, certos. Tal fato revela a natural dificuldade doutrinária de se classificar um contrato que é individualmente aleatório, mas coletivamente comutativo. Não se ignora, portanto, que o contrato de seguro se assenta sobre a de seleção de riscos, pois é inviável que um grupo de pessoas pretenda segurar-se contra todo e qualquer risco e, por outro lado, é inútil proteger-se contra nenhum risco. É no processo de seleção de riscos que se revela o entrelaçamento de interesses que, em última instância, leva à celebração do contrato. O segurador busca maximizar as receitas que auferir para administrar o fundo comum que irá cobrir riscos bem delimitados, enquanto o segurado quer se proteger contra o maior número de riscos pelo menor custo possível. A vontade livremente expressa pelas partes na escolha dos riscos cobertos pela apólice deveria revelar, portanto, o ponto ótimo de equilíbrio contratual. Ocorre que isso nem sempre ocorre na prática e, como consequência, o Poder Judiciário é freqüentemente chamado a solucionar litígios que envolvem cláusulas defeituosas, práticas comerciais abusivas e eventual má-fé de uma das partes contratantes. Trata-se de boa-fé objetiva, devendo ser compreendida como regra de comportamento e não como mero estado subjetivo dos contratantes. Nesse sentido objetivo, a boa-fé exige que os contratantes se tratem com lealdade, de forma que a relação contratual não seja fonte de prejuízo para as partes. E mais do que ser fonte de deveres laterais, a boa-fé exerce papel relevante na limitação ao exercício inadmissível de posições jurídicas. A boa-fé restringe, portanto, o exercício de direitos, para que não se configure a abusividade. O contratante não pode exercer suas pretensões de forma anormal ou exagerada com a finalidade de prejudicar o outro contratante. (STJ - REL Nº 763.648 - PR (2005/0108429-5 - RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI)

Da doutrina, colhe-se:

(...) Em determinadas oportunidades, as operadoras adotam restrições quanto aos atendimentos dos consumidores ou exigem co-prestações abusivas, impondo que os mesmos assumam custos arbitrários. Nos planos de saúde, a cobertura financeira de riscos de assistência à saúde não pode ser limitada, já que os usuários possuem o direito a um atendimento qualificado diante de qualquer moléstia que apresentem, desde que reconhecida pela Classificação Internacional de Doenças. (SILVA, Joseane Suzart Lopes da. Planos de saúde e boa-fé objetiva. Uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. 2ª. ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2010, p. 159)

Registra-se que a saúde, como bem relevante à vida e à dignidade da



pessoa humana, foi elevada pela atual Constituição Federal à condição de direito fundamental, não podendo ser, portanto, caracterizada como simples mercadoria e nem pode ser confundida com outras atividades econômicas.

Na relação contratual deve se buscar a vontade das partes. Ao firmar um contrato de assistência à saúde, o consumidor visa à tranquilidade e segurança de um bom atendimento, pois o Poder Público, infelizmente, deixa a desejar no seu dever de garantir a saúde de seus cidadãos.

Na espécie, o apelante teve negada a cobertura de seu procedimento e, posteriormente, do pedido de ressarcimento, ao argumento de que as despesas médicas foram realizadas fora da área de abrangência coberta pelo plano regional.

Todavia, conforme bem salientou o autor e as provas contidas nos autos, se encontrava em outra cidade quando sofreu um infarto agudo e precisou ser internado, em caráter de urgência, tendo que passar por cirurgia, ficando, posteriormente, internado na Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

Acerca da urgência, colha-se o trecho pertinente do Relatório Médico de fls. 40 dos autos emitido pelo Hospital Santa Rita:

Paciente atendido em vugencia de dor torácica de forte intensidade com alteração de eletrocardiograma no dia 04/01/2011, tendo como diagnóstico angina de alto risco, indicando o internamento em unidade de coronariana, com elevações de enzimas cardíacas nas primeiras horas, trocando-se de diagnóstico para infarto agudo sem supra de ST, mantendo-se o paciente na UTI e indicado a realização de cateterismo de emergência o qual foi realizado no dia 05/01/2011 (...)

Acerca da especialização, é necessário salientar que o próprio contrato previu que "as especialidades não existentes na área de abrangência geográfica, serão realizadas na cidade de Juiz de Fora ou Belo Horizonte, com autorização prévia." (f. 30)

Todavia, ao requerer a autorização para realizar cirurgia cardíaca na cidade de Juiz de Fora, o autor teve o pedido negado, em notória contradição com a estipulação contratual.

As provas juntadas aos autos demonstram a existência de cobertura para cirurgias cardíacas, conforme disposto na cláusula nº 5.1.1.7 do contrato (fls. 28):

CIRURGIAS CARDÍACAS: Os beneficiários do presente contrato terão direito a cirurgias cardíacas e hemodinâmicas.

Ademais, o referido contrato também possui cláusula contratual que prevê a cobertura de atendimento de urgência sem restringir a área de atendimento. Vejamos:

EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS: ESTÃO COBERTOS pelo presente contrato os



atendimentos para casos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou os atendimentos que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções. Entendendo-se, para os fins do presente contrato, e nos termos da lei, por emergência, todos aqueles casos que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado por declaração de médico assistente; e por urgência, todos aqueles casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional

Destarte, resta patente a ilegalidade da atuação da apelada na negativa de cobertura e posterior ressarcimento. Tendo o autor feito prova do fato constitutivo de seu direito em relação à existência de cobertura e de urgência no atendimento, cabia ao réu demonstrar os fatos extintivos, impeditivos ou suspensivos do direito do autor, todavia, em suas razões de apelação se limita a afirmar que o plano é regional e não tem cobertura em outro Estado.

Desta forma, a despeito de considerar válida a cláusula que limita a área de abrangência da cobertura do plano de saúde, nos casos de urgência (como na hipótese em tela), bem como nos termos do contrato, é dever da operadora autorizar o procedimento. Nesse sentido:

PLANO DE SAÚDE - CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - APLICABILIDADE - CLÁUSULAS RESTRITIVAS - RESSARCIMENTO DEVIDO. Os planos de saúde são típicos contratos de adesão por meio dos quais as cláusulas são impostas ao contratante, geralmente mais fraco e hipossuficiente. Compete à fornecedora fazer prova de que a beneficiária do plano de saúde poderia ter utilizado clínica credenciada e especializada dentro da área de abrangência do contrato firmado. As cláusulas restritivas constantes do plano de saúde que restringem o seu campo de incidência e excluem a garantia do tratamento indicado para salvar a vida da beneficiária, violam o seu direito de ter acesso ao tratamento adequado para o seu caso. A saúde, como bem de extraordinária relevância à vida, foi elevada pela Constituição Federal à condição de direito fundamental do homem, manifestando o legislador constituinte constante preocupação em garantir a todos uma existência digna, consoante os ditames da justiça social, o que se mostra evidente ao interpretar conjuntamente os artigos 170, 193, 196, 197 e 199. (TJMG - Apelação Cível 1.0518.07.110752-9/001, Relator(a): Des.(a) Mota e Silva, 18ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 03/11/2009, publicação da súmula em 20/11/2009) (grifamos)

Quanto à indenização de danos morais, tenho ser ela devida.

Para Savatier dano moral é "qualquer sofrimento humano que não é causado por uma perda pecuniária e abrange todo atentado à reputação da vítima, à sua autoridade legítima, ao seu pudor, à sua segurança e tranquilidade, ao seu amor-próprio estético. À integridade de sua inteligência, as suas afeições, etc" (in, Traité de la responsabilité civile, Vol. II, n. 525).

E o escólio de Sérgio Cavalieri não discrepa, porquanto o renomado autor define o dano moral como:



A lesão a bem integrante da personalidade, tal como a honra, a liberdade, a saúde, a integridade psicológica, causando dor, sofrimento, tristeza, vexame e humilhação à vítima. (Sérgio Cavalieri. Programa de Responsabilidade Civil. 2ª edição. Editora Malheiros. página 74)

Noutro passo, o inadimplemento contratual, a princípio, de fato não enseja a existência de danos morais. Todavia, as peculiaridades da relação jurídica regida pelo contrato de plano de saúde, demandam tratamento diferenciado no que pertine à existência de danos morais em decorrência da negativa de cobertura.

Nessa linha de raciocínio, a Douta Ministra Nancy Andrighi em 2007, já anotava a existência de danos morais em casos como o dos autos, senão vejamos:

(...) traçou-se um levantamento histórico da jurisprudência específica do STJ a respeito desse pedido de danos morais, ficando ali consignado que, de início, o Tribunal não reconhecia o direito à compensação, vislumbrando mero inadimplemento contratual nessas circunstâncias; porém, a partir de 2004, "passou-se a adotar tese segundo a qual o dano moral pela indevida recusa em fornecer o serviço de seguro esperado pelo consumidor, em momento de extrema angústia como a que se analisa nos presentes autos, decorre diretamente desse próprio fato. (...) (Resp nº 993.876/DF, 3ªTurma, DJ de 18.12.2007)

Outrossim, nesse mesmo sentido continua sendo a orientação do Colendo Superior Tribunal de Justiça. A propósito, confira-se:

CIVIL. RECURSO ESPECIAL. INDENIZAÇÃO. DANO MORAL. NEGATIVA INJUSTA DE COBERTURA SECURITÁRIA MÉDICA. CABIMENTO. (...) Conquanto geralmente nos contratos o mero inadimplemento não seja causa para ocorrência de danos morais, a jurisprudência do STJ vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura securitária médica, na medida em que a conduta agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, o qual, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada. (STJ. REsp 1190880 / RS Ministra NANCY ANDRIGHI. J. 19/05/2011)

Com efeito, o usuário suporta o pagamento mensal de plano de saúde particular, com pesados custos, justamente para que quando lhe falte a saúde, tenha a segurança de ser amparado, não por mera liberalidade ou favor, mas em virtude do cumprimento de uma obrigação avençada.

Inegavelmente quando se é portador de enfermidades ou se está às voltas com familiares com graves problemas de saúde, nos encontramos mais fragilizados e sensíveis em virtude das adversidades que nos acometem.

Nesse caminhar de ideias, a referida recusa abusiva a toda evidência gera abalo de ordem moral. Há agressão à esfera psíquica e emocional, gerando indignação e perturbação.

Assim, este quadro não equivale a mero dissabor natural do convívio social, muito pelo contrário, se está diante de uma situação de excepcional



anormalidade que gera dor e sofrimento.

Noutro giro, igualmente relevante é o fato de que as empresas operadoras de plano de saúde são de grande porte, o que faz com que suas ações e políticas de atendimento causem reflexos num universo considerável de consumidores. Portanto, considerando a relevância dos interesses envolvidos e a amplitude de consumidores atingidos, tais entidades deveriam agir apurada prudência na relevante função que desempenham na sociedade, adotando uma postura mais humana, ética, proba, leal e razoável diante dos tratamentos médicos que lhe são solicitados.

Destarte, uma vez demonstrada a existência de danos morais na espécie, resta agora a tarefa imposta ao magistrado, tanto pela sua própria natureza quanto pela falta de critérios objetivos, de fixar o valor da indenização. Nesse sentido é a lição de Sérgio Cavalieri, senão vejamos:

(...) não há valores fixos, nem tabelas preestabelecidas, para o arbitramento do dano moral. Esta tarefa cabe ao juiz no exame de cada caso concreto, atentando para os princípios aqui enunciados e, principalmente, para o seu bom senso prático e a justa medida das coisas. (Sérgio Cavalieri. Programa de Responsabilidade Civil. 2ª edição. Editora Malheiros. página 83)

Nesse diapasão, doutrina e jurisprudência convergem no sentido de que para a fixação do valor da compensação pelos danos morais deve-se considerar a extensão do dano experimentado pela vítima, a repercussão no meio social, a situação econômica da vítima e do agente causador do dano, para que se chegue a uma justa composição, sem olvidar a supracitada finalidade da condenação de punir o causador do dano de forma a desestimulá-lo da prática futura de atos semelhantes, evitando-se, sempre, que o ressarcimento se transforme numa fonte de enriquecimento injustificado ou seja inexpressivo a ponto de não retribuir o mal causado pela ofensa.

Em outras palavras, o valor fixado deve observar os critérios da razoabilidade e proporcionalidade, tal como assentado pelo STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. INDENIZAÇÃO. DANO MORAL. HERDEIROS. LEGITIMIDADE. QUANTUM DA INDENIZAÇÃO FIXADO EM VALOR EXORBITANTE. NECESSIDADE DA REDUÇÃO. RESPEITO AOS PARÂMETROS E JURISPRUDÊNCIA DO STJ. PRECEDENTES. (...) 2. O critério que vem sendo utilizado por essa Corte Superior na fixação do valor da indenização por danos morais, considera as condições pessoais e econômicas das partes, devendo o arbitramento operar-se com moderação e razoabilidade, atento à realidade da vida e às peculiaridades de cada caso, de forma a não haver o enriquecimento indevido do ofendido, bem como que sirva para desestimular o ofensor a repetir o ato ilícito. (STJ, AgRg no Ag 850273 / BA, Quarta Turma, Relator Min. Honildo Amaral de Mello Castro, j. 03/08/2010)

Para a fixação da indenização não é suficiente a mera composição do dano, sendo preciso observar também o caráter punitivo e pedagógico da indenização por danos morais. A propósito, confira-se o escólio do



festejado RUI STOCO:

A tendência moderna, ademais, é a aplicação do binômio punição e compensação, ou seja, a incidência da teoria do valor do desestímulo (caráter punitivo da sanção pecuniária) juntamente com a teoria da compensação, visando destinar à vítima uma soma que compense o dano moral sofrido. (Tratado de Responsabilidade Civil. SP: Ed. RT, 2004, p. 1683 / 1707)

Assim, considerando toda a angústia, sofrimento e tristeza a que foi submetido o apelado, bem como a necessidade de se coibir acontecimentos semelhantes no futuro, vislumbra-se necessidade de arbitrar a indenização pelos danos morais sofridos, fixando-a em R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Doutro norte, em relação ao dano material, não resta dúvida que, ante a ilegalidade da negativa de cobertura, é devida a restituição, ao autor, dos valores despendidos com a internação, procedimentos e materiais no Estado do Paraná.

Todavia, o valor a ser devolvido deve ser apurado de acordo com as condições contratadas, a exemplo da acomodação: se o plano contratado pelo autor foi de quarto coletivo ou enfermaria, existindo as mesmas condições no hospital em que foi atendido (Hospital Santa Rita, no Estado do Paraná) a restituição far-se-á pelo valor deste mesmo tipo de acomodação.

Com efeito, caso o paciente tenha optado por serviços mais cômodos do que aqueles garantidos por seu plano, tal contratação deve ocorrer às suas expensas.

Assim, na atual fase procedimental, não é necessária a fixação do valor dos danos materiais, posto que os recibos juntados pelo autor, notadamente os do hospital, são genéricos, não sendo possível aferir em quais condições se deu a internação.

Destarte, a aferição do valor dos danos materiais deve ocorrer em liquidação de sentença, possibilitando amplo debate entre as partes.

Nesse momento, então, o essencial para o desate da lide é a certeza acerca da existência da obrigação de indenizar, razão pela qual o Superior Tribunal de Justiça já aceitou até mesmo a prolação de sentença ilíquida quando o pedido é certo, senão vejamos:

SENTENÇA ILÍQUIDA. PEDIDO CERTO. ARTIGO 459, PAR. DO CPC. 2. HONORÁRIOS DE ADVOGADO. RESPONSABILIDADE CIVIL. MONTANTE SOBRE O QUAL INCIDE. 1. O enunciado do art. 459, par. Único do CPC, deve ser lido em consonância com o sistema, que contempla o princípio do livre convencimento (artigo 131), de sorte que, não estando o juiz convencido da procedência da extensão do pedido certo formulado pelo autor, pode reconhecer-lhe o direito, remetendo as partes para a liquidação (...) Recurso não conhecido" (STJ, 4ª T. REsp 49445/SP, Rel. Min. Ruy Rosado de Aguiar, j. em 12/12/1994, publicado no DJ de 13.03.1995, p. 5304).



Assim, é o caso de reconhecimento e condenação do recorrente à obrigação de indenizar, mas com posterior mensuração da dívida em liquidação de sentença, visando a aferir com precisão o montante a ser restituído, de acordo com os parâmetros contratuais.

Ante o exposto, CONHEÇO DO RECURSO e DOU PROVIMENTO AO MESMO a fim de reformar a sentença de primeiro grau e condenar o plano de saúde réu ao pagamento de indenização por danos morais e materiais, nos termos da fundamentação acima exposta.

P. R. I. C.

Belém/PA, 25 de julho de 2019.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE
Desembargadora Relatora