



1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO.
APELAÇÃO CÍVEL – Nº. 0038982-91.2009.814.0301.
COMARCA: BELÉM/PA.
APELANTE: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
ADVOGADO: LEONARDO AMARAL PINHEIRO DA SILVA – OAB/PA nº 8.699.
APELADO: ELIANE CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA.
ADVOGADO: THAIS CAROLINE QUINTO PEIXOTO – OAB/PA nº 21.897.
RELATOR: DES. CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO.

DECISÃO MONOCRÁTICA

Des. CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO.

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. AUSÊNCIA DE MEDICAMENTO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL CREDENCIADO. LAUDO MÉDICO ENCAMINHADO O PACIENTE A OUTRO HOSPITAL. CASO DE URGÊNCIA. CURETAGEM. ILEGALIDADE. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO. DANOS MORAIS CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. REDUZIDO PARA R\$-50.000,00. PRECEDENTES DESSA CORTE E DO STJ. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

Trata-se de APELAÇÃO CÍVEL interposta perante este Egrégio Tribunal de Justiça por HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA nos autos da AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS (Proc. n. 0038982-91.2009.814.0301) movida em seu desfavor por ELIANE CRISTINA SOUZA DE OLIVEIRA, diante de seu inconformismo com a sentença prolatada pelo juiz da 12ª Vara Cível de Belém, que julgou parcialmente procedente o pedido condenando a Ré a pagar a quantia de R\$-70.000,00(setenta mil reais), à título de dano moral.

Razões às fls. 116/133, em que o Recorrente sustenta, preliminarmente, a ilegitimidade passiva da operadora do plano de saúde. Segundo alega, o caso em questão não se tratou de uma relação de consumo, não devendo, portanto, ser aplicada a solidariedade prevista no art. 14 do CDC, e, conseqüentemente, não recaindo responsabilidade civil sobre HAPIVIDA pelo o suposto ato ilícito, o qual, em tese, teria sido praticado por médico credenciado. Sustentou, também que o plano não obriga o usuário a escolher determinado médico.

No mérito recursal, aduz a inexistência denexo causal entre o suposto dano e a conduta da HAPIVIDA. Alega que, diferentemente do que sustentou o autor no curso do processo, este recebeu atendimento de emergência adequado nas dependências do hospital Layr Maia.

Afirma ainda que não houve a prática de nenhum ato ilícito que merece reparação indenizatória, e que, caso superadas todas as teses acima mencionadas, que seja reduzido o quantum indenizatório, posto que arbitrado em patamar exorbitante.

Contrarrazões apresentada às fls. 151/143, tendo o apelado requerido, em suma, pelo desprovemento do recurso.

Por conseguinte, o processo foi originariamente distribuído à Desª Helena Percila de Azevedo Dornelles, em 11/06/2012. Em razão da aposentadoria da referida desembargadora, os autos passaram a relatoria da Desª Rosileide Maria da Costa Cunha, a qual, em razão da publicação da Emenda Regimental nº 05/2016, determinou-se a redistribuição do feito em 07/02/2017, o qual, coube a Desª Edinéa Oliveira Tavares. Por fim, nos termos da Ordem de Serviço nº 01/2017-VP (DJe 10/08/2017), o feito foi novamente redistribuído, tendo vindo à minha relatoria em 05/11/2018. É o sucinto relatório. Decido monocraticamente.

Preenchidos os requisitos de admissibilidade recursal, conheço do recurso.

Inicialmente, quanto a preliminar de ilegitimidade passiva da operadora do plano de saúde, suscitada pela apelante, entendo que não lhe assiste razão.

Diferentemente do que sustenta o apelante, resta comprovado nos autos a existência de relação jurídica consumerista entre as partes, conforme documentos de fls. 12/14(proposta de adesão ao plano de saúde e cartão do plano) e fls. 15/21(atendimentos e prontuários médicos).



Sendo assim, afasto a preliminar.

Meritoriamente, a apelante reproduz que não há nexo de causalidade entre o suposto dano e a alguma conduta praticada pela HAPVIDA, afastando-se, portanto, sua responsabilidade civil.

Entretanto, entendo que a sentença já versou muito bem sobre esse argumento e pontuou corretamente sobre os documentos e depoimentos carreados aos autos, restando evidenciado, que houve falha na prestação do serviço, podendo citar-se, entre outros, o documento de fls. 17, o qual, consiste num encaminhamento da paciente/apelada para a Santa Casa de Misericórdia, em razão do hospital credenciado não possuir determinada medição que necessitava a paciente.

Ressalte-se ainda que, conforme documento de fls. 85, juntado pela autora/apelada, consta decisão proferida pela ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar, no bojo do processo administrativo nº 25780.002872/2009-40, julgando procedente a autuação infracional denunciada pela requerente, pelos fatos aqui apresentados, fixando-se multa no valor de R\$-110.000,00(cento e dez mil).

Logo, caracterizado está o ato ilícito praticado pela ré/apelante, a qual, consoante o entendimento do Tribunal da Cidadania, é reparável por meio de danos morais, senão vejamos:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. DECISÃO UNIPESSOAL. AGRAVO REGIMENTAL. NULIDADE. INEXISTENTE. PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE. CONTRATO DE ADESÃO. CLÁUSULAS AMBÍGUAS E GENÉRICAS. INTERPRETAÇÃO EM FAVOR DO ADERENTE. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. SÍNDROME CARCINOIDE. INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E REEXAME DE FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. DANOS MORAIS. INADIMPLEMENTO CONTRATUAL. AGRAVAMENTO PSICOLÓGICO. VALOR ARBITRADO. SÚMULA 7/STJ. HONORÁRIOS RECURSAIS. LIMITE MÁXIMO ATINGIDO. 1. Ação ajuizada em 11/09/13. Recurso especial interposto em 25/07/16 e concluso ao gabinete em 18/11/16. Julgamento: CPC/15. 2. O propósito recursal é definir se há violação ao princípio do colegiado ante o julgamento monocrático da controvérsia, se incide o Código de Defesa do Consumidor nos planos de saúde de autogestão e se há abusividade na conduta da operadora, passível de compensação por danos morais, ao negar cobertura de tratamento ao usuário final. 3. O julgamento pelo órgão colegiado via agravo regimental convalida eventual ofensa ao art. 557, caput, do CPC/73, perpetrada na decisão monocrática. Tese firmada em acórdão submetido ao regime dos 4. A Segunda Seção do STJ decidiu que não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo. 5. A avaliação acerca da abusividade da conduta da entidade de autogestão ao negar cobertura ao tratamento prescrito pelo médico do usuário atrai a incidência do disposto no art. 423 do Código Civil, pois as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente. 6. Quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário. 7. O médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta. Precedentes. 8. Esse entendimento decorre da própria natureza do Plano Privado de Assistência à Saúde e tem amparo no princípio geral da boa-fé que rege as relações em âmbito privado, pois nenhuma das partes está autorizada a eximir-se de sua respectiva obrigação para frustrar a própria finalidade que deu origem ao vínculo contratual. 9. Honorários advocatícios recursais não majorados, pois fixados anteriormente no patamar máximo de 20% do valor da condenação. 10. Recurso especial conhecido e não provido. (REsp 1639018/SC, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/02/2018, DJe 02/03/2018)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO (ART. 544 DO CPC/73) – PLANO DE SAÚDE - RECUSA INDEVIDA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO DE URGÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (HOME CARE) - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO - INSURGÊNCIA DA RÉ. 1. Inviável o exame do pleito relativo à redução do valor arbitrado a título de danos morais, o qual não fora alegado no recurso especial, mas apenas neste agravo interno, restando caracterizada a inovação recursal. 2. A jurisprudência do STJ é no sentido de que a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar



a cobertura financeira de tratamento médico de urgência, tal como no presente caso, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. 3. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp 967.348/DF, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 06/04/2017, DJe 18/04/2017)

Restando amplamente demonstrado que, em razão da falha na prestação do serviço por parte de requerida/apelante, na medida em que não possuía os medicamentos necessários ao atendimento de urgência que necessitava a apelada, fato este que a obrigou procurar um terceiro para realizar a intervenção médica necessária, entendo que agiu corretamente o magistrado de 1º grau ao determinar o pagamento de indenização pelo dano moral sofrido.

Por sua vez, no tocante ao valor da indenização referente ao dano moral, é notória a dificuldade existente no seu arbitramento, ante a ausência de critérios objetivos traçados pela lei a nortear o julgamento e de não possuir aquele dano repercussão na esfera patrimonial, apesar de não lhe recusar, em absoluto, uma real compensação a significar uma satisfação ao lesado.

Compete ao julgador, segundo o seu prudente arbítrio, estipular equitativamente os valores devidos, analisando as circunstâncias do caso concreto e obedecendo aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

No caso em exame, observo que o juízo de piso fixou os danos morais em R\$-70.000,00(setenta mil reais).

Porém em situações semelhantes a dos autos, este E. Tribunal, bem como, o próprio STJ, fixaram o quantum indenizatório no patamar de R\$-50.000,00, conforme ementas que seguem:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO (ART. 1042 DO NCPC) - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA - PLANO DE SAÚDE - RECUSA INDEVIDA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO DE URGÊNCIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE DEU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA RÉ.

3. A condenação da agravante no pagamento de indenização, por danos morais, no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), respeita os critérios de proporcionalidade e razoabilidade fixados, em casos análogos, por esta Corte Superior. (STJ - AgInt no AREsp 1046995 / RJ, Relator Ministro MARCO BUZZI, publicado no DJe em 23/03/2018).

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO CUMULADA COM TUTELA ANTECIPADA. PACIENTE DIAGNOSTICADA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. SOLICITAÇÃO POR MÉDICO CREDENCIADO DE UTILIZAÇÃO DE 2 (DUAS) PRÓTESES CARPENTIER – MITRAL E AÓRTICA NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. PACIENTE IDOSA, COM CONTRAINDICAÇÃO DE PRÓTESE MECÂNICA. RECUSA DO PLANO DE SAÚDE EM FORNECER O MATERIAL SOLICITADO. LIMINAR DEFERIDA EM PLANTÃO. PACIENTE QUE FALECEU NO CURSO DA DEMANDA. CHOQUE CARDIOGÊNICO. RECUSA INDEVIDA / INJUSTIFICADA DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. DANOS MORAIS. EXISTÊNCIA. REDUÇÃO DO QUANTUM. OBSERVÂNCIA DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (...)Deste modo, considerando toda a particularidade do caso acima enumeradas, entendo ser necessária a redução do quantum indenizatório para R\$-50.000,00 (cinquenta mil reais), eis que tal valor encontra-se dentro dos padrões da razoabilidade e proporcionalidade, bem como atende adequadamente ao caráter dúplice – pedagógico e reparador – que contém a sanção, não havendo que se falar em exorbitância, exagero ou abuso no valor da condenação, o qual está longe de representar enriquecimento ilícito(...) (2019.00390630-74, 200.164, Rel. CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO, Órgão Julgador 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 2019-02-07, Publicado em Não Informado(a))

EMENTA: APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE. DIAGNOSTICO INICIAL EQUIVOCADO E NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE EM AUTORIZAR O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. PACIENTE DIAGNOSTICADA COM DOENÇA CARDIACA. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA AFASTADA. RELAÇÃO DE CONSUMO CARACTERIZADA. DANO MORAL E MATERIAL CONFIGURADO. DANO ESTÉTICO E PENSÃO VITALÍCIA NÃO CARACTERIZADOS. RESONSABILIDADE CIVIL SUBSIDIÁRIA OU SOLIDÁRIA



ENTRE HAPVIDA E HOSPITAL LAYR MAIA. TESE AFASTADA. REDUÇÃO DO QUANTUM INDANIZATÓRIO PARA R\$-50.000,00 (CINQUENTA MIL REAIS). RECURSO DA AUTORA SIBELLE DE SOUZA AQUINO CONHECIDO E DESPROVIDO. RECURSO DA RÉ HAPVIDA CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (...) Desse modo, considerando toda a situação enfrentada pela Autora, bem como, o equívoco no diagnóstico inicial e o risco de morte ao qual foi submetida, entendo que o quantum dos danos morais fixados pelo juízo de piso devem ser reduzidos ao patamar de R\$-50.000,00 (cinquenta mil reais), eis que tal valor melhor atende aos padrões da razoabilidade e proporcionalidade, bem como ao caráter dúplice – pedagógico e reparador – que contém a sanção.(...) (2019.02446166-47, Não Informado, Rel. CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO, Órgão Julgador 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 2019-06-18, Publicado em 2019-06-18)

Portanto, considerando a situação enfrentada pela Autora, bem como, os precedentes dessa Corte de Justiça e do C. STJ, entendo que o quantum dos danos morais fixados pelo juízo de piso devem ser reduzidos ao patamar de R\$-50.000,00 (cinquenta mil reais), eis que tal valor melhor atende aos padrões da razoabilidade e proporcionalidade, bem como, ao caráter dúplice – pedagógico e reparador – que contém a sanção.

ASSIM, ante todo o exposto, CONHEÇO e DOU PARCIAL PROVIMENTO ao recurso de apelação interposto por HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, apenas para reduzir o valor dos danos morais ao patamar de R\$-50.000,00 (cinquenta mil reais).

P.R.I. Oficie-se no que couber.

Após o trânsito em julgado, remetam-se os autos ao juízo a quo.

Belém/PA, 02 de agosto de 2019.

CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO
Desembargador – Relator