



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

**APELAÇÃO CÍVEL. RECURSO ADESIVO. SEGURO. PLANO DE SAÚDE. INDENIZATÓRIA. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. COBERTURA DEVIDA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. QUANTUM MANTIDO.**

1. O contrato de plano de saúde tem por objeto a cobertura do risco à saúde contratado, ou seja, o evento futuro e incerto que poderá gerar o dever de ressarcir as despesas médicas 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.

2. Há perfeita incidência normativa do Código de Defesa do Consumidor nos contratos atinentes aos planos ou seguros de saúde, podendo se definir como sendo um serviço a cobertura do seguro médico ofertada pela demandada, consubstanciada no pagamento dos procedimentos clínicos decorrentes de riscos futuros estipulados no contrato aos seus clientes, os quais são destinatários finais deste serviço.

3. Verificado o caráter de emergência exigido no momento da internação da parte autora, não há como prevalecer o prazo de carência pactuado. Inteligência dos artigos 12 e 35-C da Lei 9.656 de 1998.

4. O descumprimento do contrato, sem razão jurídica plausível, ou mesmo o atendimento do pacto de forma negligente, sequer atentando para a garantia dada e o bem a ser preservado, importa no dever de reparar o mal causado.

5. Assim, a demandada deve ressarcir os danos morais reconhecidos, na forma do art. 186 do novo Código Civil, cuja incidência decorre da prática de conduta ilícita, a qual se configurou no caso em tela. *Quantum* mantido.

**Negado provimento aos apelos.**

APELAÇÃO CÍVEL

QUINTA CÂMARA CÍVEL

Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)

COMARCA DE ESTEIO

UNIMED PORTO ALEGRE -

APELANTE/APELADO



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

COOPERATIVA MEDICA LTDA

LUCAS BETIATTO DE CARVALHO  
ANTUNES

APELANTE/APELADO

EVANDRO ANTUNES

APELANTE/APELADO

GRAZIELA BETIATTO DE  
CARVALHO

APELANTE/APELADO

## ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos.

Acordam os Desembargadores integrantes da Quinta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado, à unanimidade, em negar provimento aos apelos.

Custas na forma da lei.

Participaram do julgamento, além do signatário (Presidente), os eminentes Senhores **DES.<sup>a</sup> ISABEL DIAS ALMEIDA E DES. LÉO ROMI PILAU JÚNIOR.**

Porto Alegre, 29 de julho de 2015.

**DES. JORGE LUIZ LOPES DO CANTO,**  
Relator.

### I- RELATÓRIO

**DES. JORGE LUIZ LOPES DO CANTO (RELATOR)**

**UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MEDICA LTDA, LUCAS BETIATTO DE CARVALHO ANTUNES e OUTROS** interpuseram



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

apelações contra a sentença proferida nos autos da ação de indenização por danos morais movida por estes em face daquela.

Na sentença atacada, os pedidos foram julgados nos seguintes termos:

Diante do exposto, julgo PROCEDENTE EM PARTE os pedidos para condenar a parte ré a pagar a título de indenização por danos morais o valor de R\$ 10.000,00 ao autor Lucas e de R\$ 5.000,00 ao autor Evandro, importâncias essas que deverão ser corrigidas monetariamente pelo IGP-M a partir desta data até o efetivo pagamento e a acrescidas de juros de mora de 12%, a partir da citação.

Tendo havido sucumbência recíproca, os autores arcarão com 1/3 das custas processuais e pagarão honorários advocatícios ao patrono da parte ré, que vão fixados em 10% sobre o valor da condenação, nos termos do artigo 20, 3º, do Código de Processo Civil, considerando o trabalho realizado. Por outro lado, a parte ré deverá arcar com o restante das custas (2/3) e pagará honorários advocatícios ao patrono dos autores, que vão fixados em 15% sobre o valor da condenação, sob o mesmo fundamento legal. Vai autorizada a compensação dos honorários nos termos da Súmula 306 do STJ.

Em suas razões recursais, a ré sustentou que o filho da parte autora foi acometido por dores abdominais quinze dias após a contratação do plano de saúde, de modo que, por não haver fluído o prazo de carência, teve o atendimento negado pela operadora.

Salientando que a realização do procedimento cirúrgico pelo SUS não é capaz de ensejar abalo moral, ressaltou que a negativa de cobertura encontra respaldo na Lei 9.656/98, uma vez que não se tratava de caso de emergência ou urgência. Discorrendo acerca da legislação pertinente, defendeu a inexistência de dano moral no caso pela ausência de ato ilícito da ré e requereu o provimento do apelo.

Por sua vez, a parte autora afirmou que ambos os pais passaram pelo constrangimento de ter negada cobertura de plano privado quando mais precisavam, gerando angústia e estresse. Referindo que o dano moral no caso dos autos prescinde de prova do efetivo prejuízo, colacionou jurisprudência e requereu o provimento do recurso.



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

Contra-arrazoados os recursos, os autos foram remetidos a esta Colenda Corte de Justiça.

Registro que foi observado o disposto nos artigos 549, 551 e 552 do CPC, tendo em vista a adoção do sistema informatizado.

É o relatório.

## **II- VOTOS**

### **DES. JORGE LUIZ LOPES DO CANTO (RELATOR)**

#### **Admissibilidade e objeto dos recursos**

Eminentes colegas, os recursos intentados objetivam a reforma da decisão de primeiro grau, versando a causa sobre contrato de plano de saúde.

Os pressupostos processuais foram atendidos, utilizados os recursos cabíveis, há interesse e legitimidade para recorrer, são tempestivos, foi devidamente preparado o da ré, estando dispensada de preparo a parte autora pela assistência judiciária concedida, inexistindo fato impeditivo do direito recursal noticiado nos autos.

Assim, verificados os pressupostos legais, conheço dos recursos intentados para o exame das questões suscitadas.

#### **Mérito do recurso em exame**

O contrato em tela foi avençado entre as partes com o objetivo de garantir a satisfação das despesas médicas para a hipótese de ocorrer a condição suspensiva consubstanciada no evento danoso à saúde previsto contratualmente, cuja obrigação do segurado é o pagamento do prêmio devido e de prestar as informações necessárias para a avaliação do risco. Em contrapartida a seguradora de saúde deve informar as garantias dadas e pagar a indenização devida no lapso de tempo estipulado, condições gerais estas previstas no art. 757 e seguintes do Código Civil.



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

Ressalte-se que os pressupostos do contrato de seguro, inclusive o de saúde, são a cobertura de evento futuro e incerto capaz de gerar dano à saúde do beneficiário, cuja mutualidade está consubstanciada no ressarcimento imediato do prejuízo sofrido. Permeadas estas condições pelo elemento essencial deste tipo de pacto, qual seja, a boa-fé, nos termos do art. 422 da atual legislação civil, caracterizado pela sinceridade e lealdade nas informações prestadas pelas partes e cumprimento das obrigações avençadas.

No que tange ao tema em discussão é oportuno trazer à baila os ensinamentos de Cavalieri Filho<sup>1</sup>, ao lecionar que:

Três são os elementos essenciais do seguro - o risco, a mutualidade e a boa-fé -, elementos, estes, que formam o tripé do seguro, uma verdadeira, "trilogia", uma espécie de santíssima trindade.

Risco é perigo, é possibilidade de dano decorrente de acontecimento futuro e possível, mas que não depende da vontade das partes. Por ser o elemento material do seguro, a sua base fática, é possível afirmar que onde não houver risco não haverá seguro. As pessoas fazem seguro, em qualquer das suas modalidades - seguro de vida, **seguro de saúde**, seguro de automóveis etc. -, porque estão expostas a risco.

(...)

Em apertada síntese, seguro é contrato pelo qual o segurador, mediante o recebimento de um prêmio, assume perante o segurado a obrigação de pagar-lhe uma determinada indenização, prevista no contrato, caso o risco a que está sujeito se materialize em um sinistro. Segurador e segurado negociam as conseqüências econômicas do risco, mediante a obrigação do segurador de repará-las.

Saliente-se que presentes as condições precitadas, deve ser feito o pagamento da obrigação assumida pela seguradora de saúde nos limites contratados e condições acordadas, desonerando-se a operadora apenas na hipótese de dolo ou má-fé do segurado, tendo em vista que o agravamento do risco resultaria em um desequilíbrio da relação contratual, em que a seguradora de saúde receberia um prêmio inferior à condição de perigo de dano garantida, em desconformidade com o avençado, nos termos do art. 768 da lei civil.

---

<sup>1</sup> |CAVALIERI FILHO, Sérgio, *Programa de Responsabilidade Civil*, 7ª ed., rev. e amp. SP: Editora Atlas, 2007, p. 404/405



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

De outro lado, é preciso consignar que os serviços securitários relativos à saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo, dispondo este diploma legal em seu art. 3º, § 2º, o seguinte:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º (...)

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Dessa forma, há perfeita incidência normativa do Código de Defesa do Consumidor nos contratos atinentes a essa espécie de seguro, podendo se definir como sendo um serviço a cobertura do seguro ofertada pela empresa seguradora de saúde, consubstanciada no ressarcimento dos prejuízos decorrentes de riscos futuros à saúde estipulados no contrato aos seus clientes, os quais são destinatários finais deste serviço. Regras estas que tem incidência também nos contratos de plano de saúde, seja qual for a modalidade avençada entre as partes.

Assim, aplica-se a lei consumerista a 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. Aliás, sobre o tema em lume o STJ editou a súmula n. 469, dispondo esta que: *aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.*

Ademais, releva ponderar que o contrato de seguro e de plano de saúde é basicamente um acordo de transferência da titularidade dos prejuízos econômicos decorrentes da materialização do sinistro, onde aquele que toma a posição de garantidor (seguradora de saúde) se obriga ao pagamento de um valor em pecúnia ao segurado, a fim de ressarcir as



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

despesas médicas deste, caso o sinistro relativo à saúde do mesmo venha a se perpetrar.

Portanto, é indispensável nesse tipo de avença, a confiança mútua, ou seja, a segurança de ambas as partes, no que tange ao cumprimento do pactuado.

No caso em análise, conforme se vê dos boletins de atendimento juntados aos autos, no dia 25/08/2011, às 21h51min, os autores buscaram atendimento junto à ré para o seu filho Lucas que se encontrava com dores abdominais (fl. 22). Após avaliação com cirurgião, foi diagnosticado com apendicite aguda e submetido a procedimento cirúrgico no dia 26/08/2011, às 00h55min (fl. 25), através do Sistema Único de Saúde (fl. 34).

Como se vê, restou evidenciado o caráter emergencial do atendimento, devido à gravidade do quadro de saúde apresentado pela parte autora.

Neste aspecto, há que se salientar que o período contratual de carência em caso de urgência é reduzido para 24 horas, conforme dispõe o art. 12, inciso V, alínea “c” da Lei 9.656, *in verbis*:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

V - **quando fixar períodos de carência:**

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- c) **prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;**

Além disso, a mesma legislação estabelece a obrigatoriedade de cobertura em casos de emergência, como no procedimento realizado pela parte autora, *in verbis*:



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:  
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e  
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Portanto, injustificada a recusa da demandada com base em ausência de implementação do período de carência contratual, tendo em vista que o prazo pactuado resta afastado diante da necessidade de atendimento de urgência ao beneficiário do contrato.

Assim, verificado o caráter de urgência, como demonstrado no processo, não há como prevalecer o prazo de carência pactuado, tendo em vista que o atendimento deste interregno de tempo importaria a submeter a beneficiária a riscos desnecessários. A jurisprudência desta Corte é reiterada e pacífica nesse sentido, tendo deixado assim assentado:

Apelação Cível. Seguros. Plano de saúde. Prazo de carência. Paciente acometida por um AVC. Negativa de cobertura. Descabimento. Caráter de urgência. Período de carência de 24 horas. Aplicação do código de defesa do consumidor e da Lei n.º 9.656/98. Danos morais. A negativa de cobertura, por si só, não é capaz de gerar danos morais. A restituição de valores deve dar-se na forma simples, porquanto não comprovada má-fé no agir da requerida. Apelos não providos. POR MAIORIA. (Apelação Cível Nº 70064361090, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ney Wiedemann Neto, Julgado em 25/06/2015)

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE ATENDIMENTO. PRAZO DE CARÊNCIA. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. DANOS MORAIS INOCORRENTES. 1. Prescrição. Inocorrência. Buscando a parte autora a condenação da ré ao custeio das despesas médicas e hospitalares (obrigação de fazer) e não o reembolso propriamente dito, o prazo prescricional incidente é o decenal, nos termos do art. 205 do CCB. Sentença reformada. 2. Os contratos de planos de saúde estão submetidos ao Código de Defesa do Consumidor, nos termos do artigo 35 da Lei 9.656/98, pois envolvem típica relação de consumo. Súmula 469 do STJ. Assim, incide, na espécie, o artigo 47 do CDC, que determina a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor. Além disso, segundo o previsto no art. 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor 3. Inaplicabilidade do prazo de carência oposto pela seguradora. Prazo máximo de carência de 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, situação ocorrente no caso, eis que constatada pelo médico responsável pelo tratamento do menor beneficiário do plano. Inteligência dos arts. 12, inciso V, alínea "c", e 35-C, ambos da Lei nº





JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

9.656/98. 4. Danos morais. O descumprimento contratual, por si só, não dá ensejo ao reconhecimento de danos extrapatrimoniais. Hipótese em que a negativa de atendimento não configura dano moral. Constitui dano moral apenas a dor, o vexame, o sofrimento ou a humilhação que, exorbitando a normalidade, afetem profundamente o comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, desequilíbrio e angústia. Ausência de prova, no caso concreto. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (Apelação Cível Nº 70064389869, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 27/05/2015)

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. PEDIDO FORMULADO EM CONTRARRAZÕES. NÃO CONHECIMENTO. NEGATIVA DE COBERTURA. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. COBERTURA SECURITÁRIA DEVIDA. Trata-se de recurso de apelação interposto pela sucessão da autora contra sentença de improcedência de pedido dirigido ao reconhecimento da obrigação da Unimed de autorizar e custear a internação hospitalar que se fazia necessária quando do ajuizamento da ação. PEDIDO FORMULADO EM CONTRARRAZÕES - Não se conhece do pedido formulado em contrarrazões, dirigido à revogação da gratuidade de justiça concedida à parte autora e mantida na sentença, uma vez que as contrarrazões não se constituem na via adequada para formular requerimento, mormente quando se trata de pretensão de modificação do julgado que desafia recurso de apelação. MÉRITO - Ante o falecimento da parte autora no curso da ação, logo após o deferimento da antecipação de tutela não atacada por recurso pela parte apelada, perdeu a ação o seu objeto, remanescendo apenas a discussão em relação à responsabilidade pelo pagamento das despesas de internação. Considerando que a internação deferida em tutela antecipada foi cumprida, a ré deve arcar com as despesas da internação, pois decorrentes de período atingido por decisão judicial não atacada por recurso. Ação julgada procedente. Ônus sucumbenciais invertidos. PEDIDO FORMULADO EM CONTRARRAZÕES NÃO CONHECIDO. APELAÇÃO PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70057505273, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sylvio José Costa da Silva Tavares, Julgado em 09/04/2015)

Com relação à indenização por danos morais, entendo que no caso dos autos deve ser mantida a sentença de primeiro grau também neste ponto.

No ponto, é oportuno destacar que, de regra, tenho defendido o posicionamento jurídico no sentido de que os meros dissabores atinentes ao cotidiano das relações negociais não são passíveis de reparação.

Entretanto, no presente feito, não se trata de mero descumprimento contratual, mas de desatendimento à obrigação assumida que gera profunda dor psíquica, diante da negativa de cobertura do



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

procedimento cirúrgico de urgência a ser realizado, ocasionando angústia e dor psíquica a esta por não obter o restabelecimento da saúde da forma mais adequada e eficaz.

A esse respeito é oportuno trazer à colação os ensinamentos do jurista Cavaliere Filho<sup>2</sup> ao asseverar que:

Por mais pobre e humilde que seja uma pessoa, ainda que completamente destituída de formação cultural e bens materiais, por mais deplorável que seja seu estado biopsicológico, ainda que destituída de consciência, enquanto ser humano será detentora de um conjunto de bens integrantes de sua personalidade, mas precioso que o patrimônio, que deve ser por todos respeitada. Os bens que integram a personalidade constituem valores distintos dos bens patrimoniais, cuja agressão resulta no que se convencionou chamar de dano moral. Essa constatação, por si só, evidencia que o dano moral não se confunde com o dano material; tem existência própria e autônoma, de modo a exigir tutela jurídica independente.

Os direitos a personalidade, entretanto, englobam outros aspectos da pessoa humana que não estão diretamente vinculados à sua dignidade. Nessa categoria incluem-se também os chamados novos direitos da personalidade: a imagem, o bom nome, a reputação, sentimentos, relações afetivas, aspirações, hábitos, gostos, convicções políticas, religiosas, filosóficas, direitos autorais. Em suma, os direitos da personalidade podem ser realizados em diferentes dimensões e também podem ser violados em diferentes níveis. Resulta daí que o dano moral, em sentido amplo, envolve esse diversos graus de violação dos direitos da personalidade, abrange todas as ofensas à pessoa, considerada esta em suas dimensões individual e social, ainda que sua dignidade não seja arranhada.

No ponto, cumpre transcrever, em parte, a bem lançada decisão de primeiro grau, de lavra da culta magistrada Dra. Vanessa Nogueira Antunes Ferreira, cujas razões adoto como de decidir, que segue:

No tocante ao dano moral, tenho que em relação aos autores Lucas (que foi quem sofreu a moléstia, foi internado e submeteu-se a procedimento cirúrgico pelo SUS) e Evandro (que foi o genitor que acompanhou o menor durante o período de internação – fl. 31) restou configurado e dispensa a produção de outras provas, ainda que se trate de mero descumprimento contratual, que, em princípio e por si só, não tem o condão de gerar abalo moral.

O SJT firmou entendimento no sentido de que “a recusa indevida à cobertura pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a sua situação de aflição psicológica e de angústia no espírito” (REsp 657717/RJ, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJ 12/12/2005).

<sup>2</sup> CAVALIERI FILHO, Sérgio, *Programa de Responsabilidade Civil*, 7ª ed., rev. e amp. SP: Atlas, 2007, p. 77.



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

*AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEOPLASIA MALIGNA. TRATAMENTO . COBERTURA. NEGATIVA. DANO MORAL. CABIMENTO. QUANTUM INDENIZATÓRIO RAZOÁVEL E PROPORCIONAL. AGRAVO DESPROVIDO. 1. Nos termos da jurisprudência reiterada do STJ, "a recusa indevida à cobertura pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a sua situação de aflição psicológica e de angústia no espírito" (REsp 657717/RJ, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJ 12/12/2005). 2. O valor fixado a título de indenização por dano moral, atende aos princípios da proporcionalidade e razoabilidade, encontrando-se dentro dos parâmetros reconhecidos pelo STJ. 3. Agravo regimental a que se nega provimento. (AgRg no AREsp 418277/SP, Quarta Turma, Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Superior Tribunal de Justiça, DJe 11/11/2013).*

*Civil. Ação de indenização por danos materiais e compensação por danos morais. Negativa ilegal de cobertura, pelo plano de saúde, a atendimento médico de emergência. Configuração de danos morais. - Na esteira de diversos precedentes do STJ, verifica-se que a recusa indevida à cobertura médica pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito daquele. Recurso especial provido (Resp 907718/ES, Rel. Ministra Nancy Andrigui, Terceira Turma, Superior Tribunal de Justiça, DJ 07/10/2008).*

*PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DANOS MATERIAIS E MORAIS. LEGITIMIDADE ATIVA. FILHOS. DIVERGÊNCIA NÃO CARACTERIZADA. RECUSA INJUSTIFICADA EM COBRIR OS GASTOS DO SEGURADO. DANOS MORAIS. POSSIBILIDADE. I - Não se encontra caracterizada a divergência jurisprudencial em razão da dessemelhança fática entre o acórdão recorrido e o aresto paradigma colacionado. II - A recusa injustificada do plano de saúde em cobrir gastos cirúrgicos pode ensejar danos morais. Precedentes da Corte. Recurso especial não conhecido. (955716/RJ, Rel. Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, Superior Tribunal de Justiça, DJ 11/03/2008).*

Nesse panorama, o abalo moral sofrido por Lucas e Evandro é evidente.

Afinal, a pessoa já está passando por um momento de estresse e desgaste emocional em razão da doença que a acomete (ou acomete seu filho), e tem essa situação agravada com os inconvenientes gerados pela administradora do plano de saúde, que lhe nega indevidamente cobertura.

Quando alguém contrata um plano de saúde (e paga por isso), embora espere não precisar acioná-lo, busca ter um pouco mais de comodidade, privacidade e prioridade em eventual atendimento médico, benefícios esses que raramente podem ser oferecidos pela rede pública de saúde.



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

E, no caso, o autor Lucas foi internado pelo SUS e dormiu em leito com medidas pequenas e seu pai Evandro teve que dormir no chão do hospital (vide fotografias da fl. 43) tendo ambos sido privados de alguns benefícios que poderiam ter tornado a estadia no Hospital São Camilo menos desagradável.

Tendo esse dano sido causado por conduta da empresa ré, impõe-se a condenação dela ao pagamento de indenização.

Por outro lado, não restou demonstrado o abalo que teria sido sofrido pela autora Graziela, já que a simples alegação de que sentiu-se frustrada, angustiada, extremamente preocupada e temerosa de ter seu filho submetido a tratamento médico pelo SUS, desprovida de qualquer comprovação, no sentir desta Julgadora não é suficiente para gerar o dever de indenizar.

A parte autora deve comprovar minimamente a existência do seu direito, com base na disposição contida no artigo 333, inciso I, do CPC.

E, apesar de ter sido oportunizado às partes indicarem as provas que pretendiam produzir, nada foi requerido, não merecendo ser acolhido o pedido no tocante à autora Graziela.

Passo ao exame do *quantum* de indenização a ser pago aos autores Lucas e Evandro.

Para delimitar o valor da indenização, utilizar-se-á a regra geral do artigo 944 do Código Civil, segundo o qual “a indenização mede-se pela extensão do dano”.

Em situação similar a dos autos o Superior Tribunal de Justiça fixou indenização no valor de R\$ 10.000,00, o qual entendo ser suficiente para compensar o autor Lucas pelos danos sofridos e punir a empresa infratora:

*RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PRAZO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. APENDICITE AGUDA. CARÊNCIA CONTRATUAL. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA RESTRITIVA. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. PRECEDENTES. 1. A cláusula que estabelece o prazo de carência deve ser afastada em situações de urgência, como o tratamento de doença grave, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse. Precedentes específicos da Terceira e da Quarta Turma do STJ. 2. A jurisprudência desta Corte “vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada”. (REsp 918.392/RN, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI). 3. Atendendo aos critérios equitativos estabelecidos pelo método bifásico adotado por esta Egrégia Terceira Turma e em consonância com inúmeros precedentes desta Corte, arbitra-se o quantum indenizatório pelo abalo moral decorrente da recusa de tratamento médico de emergência, no valor de R\$ 10.000, 00 (dez mil reais). 4. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. (REsp 1243632/RS, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/09/2012, DJe 17/09/2012)*



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

Por outro lado, tal importância mostra-se demasiada em relação ao autor Evandro, para o qual fixo indenização no valor de R\$ 5.000,00, que atende à dupla finalidade da condenação em dano moral: a compensação dos danos sofridos e a punição dos infratores.

Assim, ultrapassado o mero dissabor no trato das relações sociais, situação que afeta o equilíbrio psicológico do indivíduo, importando em desrespeito ao princípio da dignidade da pessoa, caracterizado está o dever de indenizar. Isto se deve ao fato de que a confiança é elemento essencial deste tipo de contrato, restando frustrada a parte autora quanto ao seu cumprimento em momento que se encontrava fragilizada devido ao estado de saúde delicado que apresentava.

Portanto, a prestação de serviço deficitária importa no dever de reparar, atitude abusiva na qual a ré assumiu o risco de causar lesão a parte demandante, mesmo que de ordem extrapatrimonial, atingindo a esfera físico-psíquica deste, fato que prescinde de culpa, restando inafastável o dever de ressarcir os danos morais causados, na forma do artigo 186 do Código Civil.

Dessa forma, a responsabilidade no caso dos autos também é de ordem objetiva para reparar o dano causado à parte autora, consoante estabelece o art. 14 da lei consumerista precitada, tendo em vista que o procedimento adotado foi temerário, atentando a boa fé objetiva ao descumprir com o dever jurídico de bem prestar seus serviços.

Como se vê, o descumprimento do contrato, sem razão jurídica plausível, ou mesmo o atendimento do pacto de forma negligente, sequer atentando para a garantia dada e o bem a ser preservado, importa no dever de reparar o mal causado.

Destarte, não merece qualquer reparo a sentença ora atacada, porquanto analisou de forma adequada questões discutidas no feito, aplicando com acuidade jurídica a legislação acerca do contrato de seguro.



JLLC  
Nº 70064491319 (Nº CNJ: 0134509-33.2015.8.21.7000)  
2015/CÍVEL

### **III – DISPOSITIVO**

**Ante o exposto**, voto no sentido de negar provimento aos apelos, mantendo a sentença de primeiro grau em todos os provimentos emanados e razões de decidir, inclusive no que tange à fixação do ônus da sucumbência.

**DES.<sup>a</sup> ISABEL DIAS ALMEIDA (REVISORA)** - De acordo com o(a) Relator(a).

**DES. LÉO ROMI PILAU JÚNIOR** - De acordo com o(a) Relator(a).

**DES. JORGE LUIZ LOPES DO CANTO** - Presidente - Apelação Cível nº 70064491319, Comarca de Esteio: "NEGARAM PROVIMENTO AOS APELOS. UNÂNIME."

Julgador(a) de 1º Grau: VANESSA NOGUEIRA ANTUNES FERREIRA