



Acórdão n. 167132
2ª Câmara Cível Isolada
Apelação Cível nº: 0035306-19.2012.814.0301
Comarca de Belém/PA
Apelante: UNIMED BELÉM Cooperativa de Trabalho Médico
Adv.: Reynaldo Andrade da Silveira e outros
Apelado: J. E. A. M.
Adv.: Regis do Socorro Trindade Lobato e outro
Relatora: Desembargadora EZILDA PASTANA MUTRAN

EMENTA: APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO ORDINÁRIA DE RESTABELECIMENTO DE CONTRATO C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INADIMPLENTO DE MENSALIDADE DO PLANO DE SAÚDE. INADIMPLENTO POR PRAZO SUPERIOR À 60 (SESSENTA) DIAS. CANCELAMENTO DO CONTRATO PELA OPERADORA DO PLANO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARCIAL DO PEDIDO AUTURAL, CONDENANDO A EMPRESA RÉ A PAGAR AO CONSUMIDOR O VALOR DE R\$6.500,00 (SEIS MIL E QUINHENTOS REAIS) A TÍTULO DE DANOS MORAIS. INCONFORMISMO DE AMBAS AS PARTES. APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTA PELA PARTE AUTORA VISANDO À MAJORAÇÃO DA VERBA COMPENSATÓRIA E DE INCIDÊNCIA DAS ASTREINTES. APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTA PELA PARTE RÉ UNIMED BELÉM OBJETIVANDO A REFORMA INTEGRAL DO JULGADO, ALEGANDO O EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO E A AUSÊNCIA DE CONFIGURAÇÃO DO DANO MORAL. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PESSOAL. NOTIFICAÇÃO ENCAMINHADA NO ENDEREÇO DO CONSUMIDOR E RECEBIDA POR TERCEIRO. INVALIDADE. CANCELAMENTO IRREGULAR DO PLANO. INADIMPLÊNCIA QUE PERMITE A RESCISÃO UNILATERAL DESDE DE QUE CUMPRIDA A FORMALIDADE DE NOTIFICAÇÃO. HIPÓTESE LEGALMENTE PREVISTA (ART. 13, II, DA LEI 9.656/1998). OBRIGAÇÃO DE RESTABELECIMENTO DO PLANO. RESTABELECIMENTO DO CONTRATO. ÔNUS DO ERRO NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO QUE NÃO PODE SER SUPTADO PELO CONSUMIDOR. CANCELAMENTO INJUSTIFICADO. DANO MORAL. CARACTERIZADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO IRRISÓRIO. MAJORAÇÃO. ADEQUAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE, E EM ATENÇÃO AS PARTICULARIDADES DO CASO CONCRETO. PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS. VERBA COMPENSATÓRIA MAJORADA PARA O MONTANTE DE R\$ 15.000,00 (QUINZE MIL REAIS). MULTA DIÁRIA (ASTREINTE) FIXADA EM DECISÃO LIMINAR PARA O CASO DE DESCUMPRIMENTO DA ORDEM JUDICIAL. PROVA DO DESCUMPRIMENTO DA DECISÃO LIMINAR. INCIDÊNCIA DA ASTREINTE NO VALOR DE R\$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS), DIANTE DA RECUSA DE ATENDIMENTO EM CONSULTA PELO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE. SUCUMBÊNCIA MANTIDA NOS TERMOS DA SENTENÇA. RECURSO DE APELAÇÃO DA UNIMED BELÉM CONHECIDO



E IMPROVIDO. À UNANIMIDADE. RECURSO DE APELAÇÃO DO AUTOR J.E.A.M. CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO, NOS TERMOS DA FUNDAMENTAÇÃO.

Vistos, etc.,

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 2ª Câmara Cível Isolada, por unanimidade de votos, em **CONHECER E NEGAR PROVIMENTO** ao recurso de apelação interposto por **Unimed Belém Cooperativa de Trabalho Médico**, bem como **CONHECER E DAR PARCIAL PROVIMENTO AO APELO** oposto por **J. E. A. M.**, nos termos do voto da Desembargadora Relatora.

Plenário da 2ª Câmara Cível Isolada do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, aos 03 (três) dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezesseis.

Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Senhor Desembargador Roberto Gonçalves de Moura.

Belém/PA, 03 de novembro de 2016.

Desembargadora **EZILDA PASTANA MUTRAN**
Relatora

RELATÓRIO

Trata-se de **APELAÇÕES CÍVEIS** interpostas por **UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** e por **J. E. A. M.**, representado por S. da S. A., em face da sentença (fls. 251/255), prolatada pela MMº Juiz de Direito da 4ª Vara Cível da Comarca de Belém/PA, que, nos autos da Ação Ordinária de Restabelecimento de Contrato c/c Indenização por Danos Morais (proc. 0035306-19.2012.8.14.0301), proposta por J. E. A. M., representado por sua genitora, julgou parcialmente procedente a ação, determinando a empresa promover a reativação do contrato celebrado entre as partes, referente a prestação de serviço médico hospitalar, no mesmo valor de condições originais pactuadas, por outro lado, julgou parcialmente procedente o pedido de indenização por danos morais, condenando a cooperativa requerida ao pagamento em favor dos autores no valor de R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais), condenando-a, ainda, ao pagamento das custas processuais e em honorários advocatícios, arbitrados em 10 % (dez por cento) sobre o valor da causa, sendo que houve retificação do *decisum*, decorrente dos embargos de declaração (fls. 280/284) opostos pela apelante, alterando a parte dispositiva para fixar a condenação ao pagamento de honorários advocatícios no percentual de 20% (vinte por cento), passando a incidir sobre o valor da condenação (vide decisão 323/324).

Em suas **razões recursais** (fls. 210/218), a apelante Unimed Belém, após breve relato dos fatos, argumenta a inexistência de vínculo contratual entre as partes, afirmando que o apelado violou suas obrigações contratuais, em razão do inadimplemento contratual, pela ausência



de pagamento da contraprestação pecuniária devida pelos serviços prestados pela cooperativa de serviços médicos.

Aduz que o próprio apelado declara em sua peça inicial ter atrasado o pagamento das mensalidades, referente ao período compreendido entre 07/2007 a 07/2012, sob a justificativa de encontrar-se passando por dificuldades financeiras, destacando, ainda, que em se tratando de obrigações com termo de vencimento certo e previamente avençado, constitui obrigação do devedor adotar as providências necessárias ao cumprimento do pactuado no contrato.

Alega que o apelado, usuário do plano, encontrava-se inadimplente com as mensalidades do plano de saúde em prazo superior a 60 (sessenta) dias, razão pela qual ensejou a desativação do referido plano, inexistindo vínculo contratual atual entre as partes que obrigue a empresa a receber qualquer valor pago pelo apelado, diante da extinção do contrato.

Sustenta ausência de irregularidade na rescisão contratual operada, afirmando que a genitora do apelado foi devidamente notificada, conforme Notificação Extrajudicial, enviado com AR, caracterizando a mora dos recorridos e a plena ciência dos débitos.

Defende a legalidade na conduta da empresa, pautados na Lei nº 9.656/98 e no contrato firmado entre as partes, aduzindo agir no exercício regular de um direito.

Sustenta a inexistência de dano moral passível de ser indenizado, alegando a ausência dos elementos da responsabilidade.

Cita jurisprudências que reputa favoráveis a sua tese.

Ao final, requereu o conhecimento e o provimento do recurso, para reformar integralmente a sentença, no sentido de reconhecer que a recorrente cumpriu com suas obrigações contratuais, bem como para declarar a legalidade da rescisão contratual e a improcedência de indenização por danos morais, invertendo-se o ônus da sucumbência para condenar os Apelados ao pagamento das custas judiciais e honorários advocatícios.

Juntou documentos (v. fl. 358/360).

Em suas **razões recursais** (fls. 366/376), o apelante J. E. A. M., em síntese, argumenta a necessidade de reforma da sentença, defendendo a aplicação de astreintes por descumprimento pela Cooperativa requerida da decisão interlocutória, a qual concedeu o pedido de tutela antecipada no sentido de restabelecer o contrato, fixando multa diária de R\$ 500,00 (quinhentos reais) até o limite de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), afirmando que passou a realizar depósito judicial das parcelas mensais do plano.

Alega que a empresa recorrida, apesar de regularmente intimada, descumpriu a decisão judicial ao não proceder o restabelecimento do contrato, destacando, ainda, sofrer diversos transtornos e constrangimentos ao tentar utilizar o plano para consultas e procedimentos médicos em razão do não atendimento pela cooperativa de médicos.

Afirma ter recebido cobranças indevidas pela empresa, alegando o cumprimento da decisão, ao efetuar o depósito judicial dos valores das mensalidades, pelo que requer a condenação



da requerida ao pagamento no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) à título de multa por descumprimento da tutela antecipada concedida.

Sustenta a reforma da sentença, majorando o valor arbitrado à título de Danos Morais para o montante de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

Defende, ainda, a majoração dos honorários advocatícios para o percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.

Às fls. 378/379, a apelante Unimed Belém Cooperativa de Trabalho Médico ratificou os termos da apelação interposta.

À fl. 380, consta despacho do Juízo “*a quo*” recebendo a apelação interposta pela Unimed Belém somente no efeito devolutivo e recebendo o recurso de apelação oposto por J. E. A. M. no duplo efeito.

Às fls. 381/386, o Apelado J. E. A. M. apresentou **contrarrazões** ao recurso de apelação oposto pela Unimed Belém, requerendo o seu total improvimento.

Em sede de **contrarrazões** (fls. 387/411), a recorrida Unimed Belém refutou as razões recursais do recorrente em todos os seus termos, requerendo seja julgado improcedente.

Coube-me a relatoria do feito por distribuição (fl. 412).

À fl. 414, proferi despacho, determinando a remessa dos autos ao Ministério Público, na qualidade de *custus legis*.

Às fls. 416/424, consta a manifestação do representante do Ministério Público, opinando pelo conhecimento e improvimento do recurso de apelação interposto pela Unimed Belém, no sentido de que seja confirmada a sentença em todos os seus termos.

É o relatório, síntese do necessário.

VOTO

Consigno que o presente recurso será analisado com base no Código de Processo Civil de 1973, nos termos do art. 14 do CPC/2015 e entendimento firmado no Enunciado 1 deste Egrégio Tribunal.

Isto posto, presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, conheço do recurso.

Trata-se de Ação de Restabelecimento de Contrato c/c Indenização por Danos Morais ajuizada por J. E. A. M., menor representado por sua avó materna S. da S. A., em face de Unimed Belém Cooperativa de Trabalho Médico, que teria rescindido unilateralmente o contrato de prestação de serviços médicos, com base no inadimplemento das parcelas mensais do plano de saúde.

No caso em questão, conforme relatado, a sentença do Juízo “*a quo*” julgou parcialmente procedente a ação, determinando a empresa requerida realizar a reativação do



contrato celebrado entre as partes, referente a prestação de serviço médico hospitalar, no mesmo valor de condições originais pactuadas, por outro lado, julgou parcialmente procedente o pedido de indenização por danos morais, condenando a cooperativa requerida ao pagamento em favor dos autores no valor de R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais), condenando-a, ainda, ao pagamento das custas processuais e em honorários advocatícios, arbitrados no percentual de 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação, conforme retificação do *decisum*, decorrente dos embargos de declaração opostos pela Unimed Belém que passou a integrar a sentença.

De acordo com a narrativa do petição inicial, os autores mantinham relação contratual com a Cooperativa de Médicos requerida, desde o dia 28/03/2003, data de nascimento do autor J. E. A. M, o qual é representado por sua avó materna, tratando-se de contrato para prestação de serviços de assistência à saúde nº 0880865025056000, na categoria hospitalar apartamento, na modalidade individual.

Em seguida, os autores relataram que, em razão de passarem por dificuldades financeiras, atrasaram o pagamento algumas parcelas, porém afirmam que, apesar dos atrasos ocorridos, adimpliram todas as mensalidades contratuais, inclusive com o pagamento dos encargos de juros de mora decorrentes da impontualidade.

Por conseguinte, os autores afirmam terem sido surpreendidos com o cancelamento do contrato de plano de saúde, de forma unilateral, efetivado pela Cooperativa em 06/08/2012, com fundamento na Lei nº 9.656/1998, em razão de inadimplemento das mensalidades do plano em prazo superior à 60 (sessenta) dias, sendo que foi sugerido a parte autora a realização de um novo plano, com período de carência e reajuste nos valores da prestação mensal.

Assim, o cerne da questão cinge-se a analisar a regularidade na rescisão contratual realizada pela Unimed Belém, apta a ensejar ou não a reparação dos supostos danos morais alegados pelos autores, em razão do cancelamento do plano de saúde que reputam ter sido indevido.

De plano, considerando-se que a relação entre as partes deriva de contrato relativo a plano de saúde, aplica-se ao caso o Código de Defesa do Consumidor, além disso, registro que, conforme preceitua o artigo 47¹ do referido Diploma, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de forma mais favorável ao consumidor e de modo a não comprometer a natureza e a finalidade da avença.

DO RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTO PELA UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO:

¹ Art. 47, CDC. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.



1. DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA COOPERATIVA NO EVENTO DANOSO. RELAÇÃO DE CONSUMO:

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, **CONHEÇO** da **APELAÇÃO CÍVEL** interposta pela **UNIMED BELÉM** (fls. 333/357), pelo que passo à análise das razões recursais.

A recorrente Unimed Belém aduz a inexistência de ato ilícito, assim como argumenta acerca da regularidade na rescisão contratual efetivada, em razão da inadimplência dos autores com as mensalidades do plano de saúde em prazo superior a 60 (sessenta) dias, pontuando que realizou a notificação extrajudicial expedida para os autores, dando-lhes ciência da decisão administrativa de rescisão do contrato firmado entre as partes, defendendo tratar-se apenas de exercício regular de um direito.

Conforme anteriormente frisado, o presente caso se insere nas relações de consumo, estando o contrato de plano de saúde, portanto, sujeito, com base no artigo 14 do CDC, às normas estabelecidas no Código de Defesa do Consumidor, “*in verbis*”:

“Art. 14 - O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 1º - O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

I - o modo de seu fornecimento;

II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;

III - a época em que foi fornecido.

§ 2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.

§ 3º - O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;

II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

§ 4º - A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

Diante de típica relação de consumo, verifica-se que a recorrente Unimed Belém, na condição de cooperativa de médicos, isto é, pessoa jurídica responsável pela prestação de serviços médicos, responderá pelos danos que vierem a causar a terceiros, advindo dos serviços



médicos prestados, principalmente se inexistente comprovação de culpa do consumidor, como no caso.

Assim, no tocante a responsabilidade atribuída à empresa, diante da relação de consumo caracterizada, a atitude culposa ou dolosa do agente causador do dano é de menor relevância, pois, desde que exista relação de causalidade entre o dano experimentado pela vítima e o ato do agente, surge o dever de indenizar, quer tenha este último agido ou não culposamente.

Analisando os autos, constata-se que a culpa da empresa recorrente foi muito bem atribuída pelo juízo “*a quo*”, que, para tanto valeu-se das provas testemunhais (fls. 233/234) e documentais carreadas ao processo, as quais comprovam que a cooperativa de médicos não observou os procedimentos legais e a cautela necessária para rescindir o contrato unilateralmente, considerando-se que caberia a Cooperativa de Médicos realizar a notificação extrajudicial da representante legal do autor, uma vez que este é menor, diante da indispensável exigência de comunicação prévia de rescisão do contrato por inadimplemento, conforme prescreve o art. 13 da Lei 9.656/98.

Por oportuno, transcrevo o disposto no art. 13 da Lei nº 9.656/98, a qual regula os procedimentos sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a **rescisão unilateral do contrato**, salvo por fraude ou **não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não**, nos últimos doze meses de vigência do contrato, **desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência**; e (grifei)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Pelo exposto, conclui-se que são dois os requisitos a ensejar a rescisão contratual por inadimplemento: 1) o não pagamento da mensalidade por mais de 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses; e 2) a notificação até o quinquagésimo dia da inadimplência.

Compulsando detidamente os autos, pela análise da Notificação Extrajudicial, com AR (vide fls. 183/185), expedida pela apelante Unimed Belém dirigida para a Sra. S. da S. A., representante legal do menor J. E. A. M., observa-se no aviso de recebimento (fl. 184) que a



assinatura do recebedor no documento diverge daquela aposta pela representante do titular do plano de saúde nos documentos constantes às fls. 49 e 51 verso dos autos, no qual a empresa Unimed Belém comunica o cancelamento do plano por inadimplência, datado de 07/08/2012, desta forma, constata-se que não houve a notificação pessoal do titular do plano de saúde.

Portanto, na hipótese dos autos, ainda que direcionada para a representante do titular do plano de saúde, não restou demonstrado que a referida Notificação Extrajudicial com aviso de recebimento foi por ela recebida, razão pela qual, considerando-se que o plano de saúde do menor vinha sendo renovado há treze anos, ininterruptamente, no caso, desde a contratação ocorrida em 28/03/2003, não podendo a apelante Unimed, sem fundamentação concreta, rescindir unilateralmente o ajuste anterior, sobretudo diante da ausência de notificação pessoal do titular do plano de saúde ou de seu representante, ônus que incumbia ao plano de saúde demandado.

A respeito do tema em questão, confira-se jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 382.489 - PR (2013/0262989-7)
RELATOR: MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA AGRAVANTE:
UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS
ADVOGADOS: EDUARDO BATISTEL RAMOS FÁBIO SILVEIRA ROCHA E
OUTRO(S) AGRAVADO: MARCUS MATTAINI VECCHI ADVOGADOS:
CLAÚDIA HELENA STIVAL ALIDA MARIANA VAN DER LAARS E
OUTRO(S)

DECISÃO

Trata-se de agravo nos próprios autos (art. 544, CPC) interposto contra decisão que inadmitiu o recurso especial em virtude da incidência da Súmula n. 7 do STJ (e-STJ fls. 367/369). O acórdão recorrido está assim ementado (e-STJ fl. 288):

"APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA E INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - DISPENSA DE PROVA ORAL - CERCEAMENTO DE DEFESA - INOCORRÊNCIA - INADIMPLEMENTO DE MENSALIDADE DO PLANO DE SAÚDE - AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PESSOAL - RESCISÃO CONTRATUAL ILEGAL - RESTABELECIMENTO DO CONTRATO - INÉPCIA DA INICIAL - INOCORRÊNCIA - DANO MORAL - CONFIGURADO - ADEQUAÇÃO DO ÔNUS DE SUCUMBÊNCIA. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO."

Os embargos de declaração foram rejeitados.

Nas razões do recurso especial (e-STJ fls. 333/349), interposto com fundamento no art. 105, III, "a", da CF, a recorrente alegou violação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998, sustentando, em síntese, não ser necessária a notificação pessoal do segurado antes da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde. No agravo (e-STJ fls. 372/381), afirma a presença de todos os requisitos



de admissibilidade do especial. O recorrido apresentou contraminuta (e-STJ fls. 387/396). É o relatório. Decido.

De início, importa consignar o que ficou assentado no acórdão proferido pelo Tribunal de origem (e-STJ fls. 297/298): "Contudo, pelos documentos juntados aos autos verifica-se que o Apelante não foi devidamente notificado. **A Apelada acostou aos autos o aviso de recebimento supostamente enviado ao consumidor. Todavia, embora direcionado ao titular do plano de saúde, não restou demonstrado que referido aviso foi por ele recebido. Isso porque não há o nome legível do recebedor e, pela assinatura ali constante, não é possível identificá-lo.**

Ademais, a assinatura do recebedor do aviso diverge daquela aposta pelo titular do plano de saúde no momento da assinatura do contrato com a Apelada. Ou seja, mais um indício de que não houve a notificação pessoal do titular do plano de saúde.

Além da impossibilidade de identificação do recebedor, observa-se que, no aviso de recebimento, o campo destinado a declaração do conteúdo não foi preenchido. Isso significa que, mesmo na hipótese do aviso ter sido recebido pelo titular do plano de saúde, não há provas do conteúdo que lhe foi enviado.

Diante da regra do Ônus probatório (art. 333, II, CPC) caberia à Apelada ter demonstrado satisfatoriamente que a notificação sobre a possibilidade de rescisão do contrato foi enviada com o AR. Todavia, pelos documentos acostados aos autos, não é possível afirmar com certeza que isso ocorreu."

Para alterar os fundamentos acima transcritos a fim de reconhecer que houve notificação do segurado a respeito da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde, seria imprescindível o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que é inviável no âmbito do recurso especial, haja vista o teor da Súmula n. 7 do STJ. Nesse sentido:

"AGRAVO REGIMENTAL. PLANO DE SAÚDE. INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO. RESCISÃO UNILATERAL NOTIFICAÇÃO PRÉVIA. NECESSIDADE. SÚMULA STJ/7.

1.- **Nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998 é obrigatória a notificação prévia ao cancelamento do contrato, por inadimplemento, sendo ônus da seguradora notificar o segurado.**

2.- Para infirmar a conclusão a que chegou o Tribunal de origem acerca da inexistência da notificação prévia do segurado seria necessário reexame dos elementos fático-probatórios dos autos, soberanamente delineados pelas instâncias ordinárias, o que é defeso nesta fase recursal a teor da Súmula 7 do STJ.

3.- Agravo Regimental improvido."

(AgRg nos EDcl nos EDcl no REsp 1256869/PR, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/09/2012, DJe 04/10/2012.) Ante o exposto, NEGO PROVIMENTO ao agravo, nos termos do art. 544, § 4º, II, "a", do CPC. Publique-se e intimem-se.

Brasília-DF, 06 de junho de 2014. Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, 04/08/2014. (grifei)

No sentido do que restou explanado acima, colaciono jurisprudência de outros tribunais, que corroboram o meu entendimento acerca da necessidade de notificação prévia válida, "in verbis":



“Ementa: AÇÃO DE REINCLUSÃO CUMULADA COM DANOS MORAIS E MATERIAIS COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. EXCLUSÃO DE ASSOCIADA POR INADIMPLENTO. PLEITO DE REINCLUSÃO. POSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA, CONFORME ESTABELECE O ART. 13, II DA LEI 9.656/98.1. 1. Uma vez concedido o benefício da assistência judiciária gratuita, compete à outra parte demonstrar a inexistência ou o desaparecimento dos requisitos essenciais à sua concessão através de incidente de impugnação, na forma do art. 7º, da Lei 1.060/50. Matéria preclusa. 2. Suspensão plano de Saúde. Impossibilidade. Inexistindo notificação, afigura-se abusivo o desligamento unilateral da autora do plano. Considerando a função social do contrato, a boa-fé objetiva que pauta a contratação, o fato de a autora estar há mais de duas décadas vinculada ao plano (fls.396) e o descumprimento da apelante com a ausência de notificação prévia, autoriza a reinclusão da autora na que modalidade contratada. Em resumo, a inexistência de notificação prévia do segurado acerca do inadimplemento do prêmio impede a suspensão ou cancelamento do contrato de plano de saúde. Inteligência do art. 13, inc. II, da Lei nº 9.656/98. não há comprovação de que o autor tenha sido notificado anteriormente à rescisão do contrato, até o quinquagésimo dia de inadimplência, ônus que incumbia ao plano de saúde demandado 3. Inexistência de inadimplência nos últimos doze meses de vigência do contrato. Inobservância do artigo art. 13, parágrafo único, II, da lei 9.656/98 que dispõe ser vedada: a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência. 4. Sentença mantida. Recurso conhecido e improvido. (2015.04157215-45, 153.068, Rel. DIRACY NUNES ALVES, Órgão Julgador 5ª CAMARA CIVEL ISOLADA, Julgado em 2015-10-22, Publicado em 2015-11-05)”

“AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS - PLANO DE SAÚDE - INADIMPLENTO POR PRAZO SUPERIOR À 60 (SESENTA) DIAS - NOTIFICAÇÃO ENCAMINHADA NO ENDEREÇO DO CONSUMIDOR E RECEBIDA POR TERCEIRO - INVALIDADE - CANCELAMENTO IRREGULAR DO PLANO - INADIMPLÊNCIA QUE PERMITE A RESCISÃO UNILATERAL DESDE DE QUE CUMPRIDA A FORMALIDADE DE NOTIFICAÇÃO - HIPÓTESE LEGALMENTE PREVISTA (ART. 13, II, DA LEI 9.656/1998)- OBRIGAÇÃO DE REESTABELECIMENTO DO PLANO INDIVIDUAL OUTRORA MANTIDO - SENTENÇA REFORMADA (TJPR, Recurso Inominado n. 2262-57.2014.8.16.0018/1, Rel. Des. Marco Vinicius Schiebel, j. em 12-6-2015) - sem grifos no original.

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. INADIMPLENTO DE MENSALIDADE. OBRIGAÇÃO DE NOTIFICAR ATÉ O QUINQUAGÉSIMO DIA DE INADIMPLÊNCIA, INFORMANDO OS DIAS DE ATRASO E O RESPECTIVO PERÍODO. ART. 13 DA LEI 9.656/98. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PESSOAL. INVALIDADE DA NOTIFICAÇÃO



RECEBIDA POR TERCEIROS. RESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CONFIGURAÇÃO DE DANO MORAL. APELO CONHECIDO E PROVIDO.

1. A suspensão da assistência médica somente será possível se a mora do consumidor perdurar por um período superior a 60 (sessenta) dias, e desde que o segurado seja "comprovadamente" notificado, ou seja, pessoalmente, até o quinquagésimo dia de inadimplência, conforme a norma inserta no art. 13, parágrafo único, inciso II da Lei n. 9.656/98.

[...]

3. Apelo conhecido e provido (TJRN, AC n. 3502, Rel. Des. Dilermando Mota, j. em 4-5-2010)

Portanto, verifica-se que houve violação por parte da recorrente Unimed Belém do referido dispositivo legal ao rescindir unilateralmente o contrato mantido entre as partes, uma vez que, conforme a notificação e o AR acostados às fls.183/185 dos autos, infere-se que a notificação não foi recebida pessoalmente pelos titulares do plano contratado. Ademais, a carta nem sequer especifica quais são os débitos em atraso (vide fl. 183).

No mais, ressalto que, conforme os boletos e comprovantes de pagamento (v. fls. 11/41), em que pese a impontualidade nos pagamentos de algumas mensalidades, inclusive com pagamento dos encargos de juros e correção, observo que a operadora do plano de saúde demandada sempre recebeu o pagamento das mensalidades por vários anos, inclusive no ano de 2012, gerando expectativa de continuidade da relação contratual com os consumidores, sendo ilícito o rompimento repentino.

Por fim, registro que a documentação não se presta a demonstrar que as comunicações aos apelados foram, de fato, por eles recebidas, podendo-se considerar que não lhes foi oportunizado impedir, por meio do pagamento, a suspensão ou rescisão de seu plano de saúde, razão pela qual, em consonância com o art. 47 do CDC, a atitude da operadora afigura-se ilegal, pelo que deve ser mantida a sentença neste ponto, devendo ser restabelecido o contrato de prestação de serviço médico hospitalar celebrado entre as partes, devendo ser observadas as mesmas condições originais pactuadas, ressalvados os reajustes previstos em lei.

2. DA CONFIGURAÇÃO DO DANO MORAL:



A apelante Unimed Belém sustenta a ausência de configuração de dano moral a ser indenizável na hipótese dos autos, contudo a irresignação não merece prosperar.

No tocante à indenização por danos morais concedida ao segurado, há orientação da jurisprudência do STJ, no julgamento de casos análogos, no sentido de que "*a rescisão imotivada do contrato, em especial quando efetivada por meio de conduta desleal e abusiva - violadora dos princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da responsabilidade pós-contratual - confere à parte prejudicada o direito à indenização por danos materiais e morais*" (REsp n. 1.255.315/SP, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/9/2011, DJe 27/9/2011).

No mesmo entendimento, o seguinte precedente:

"AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. SEGURO DE VIDA. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO. RECUSA IMOTIVADA DE RENOVAÇÃO. DANOS MORAIS. OCORRÊNCIA. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA 07/STJ.

1. Face o entendimento pacificado pela Segunda Seção desta Corte, é abusiva a negativa de renovação do contrato de seguro de vida, mantido sem modificações ao longo dos anos, por ofensa aos princípios da boa fé objetiva, da cooperação, da confiança e da lealdade, orientadores da interpretação dos contratos que regulam relações de consumo.

2. "A rescisão imotivada do contrato, em especial quando efetivada por meio de conduta desleal e abusiva - violadora dos princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da responsabilidade pós-contratual - confere à parte prejudicada o direito à indenização por danos materiais e morais". (REsp 1255315/SP, Rel. MIN. NANCY ANDRIGHI).

3. A elisão das conclusões do acórdão impugnado, comprovando a ocorrência dos danos morais, demandaria o revolvimento dos elementos de convicção dos autos, soberanamente delineados pelas instâncias ordinárias, providência vedada nesta sede especial a teor da súmula 07/STJ.

4. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO".

(AgRg nos EDcl no Ag 1364104/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 07/08/2012, DJe 13/08/2012).

Na questão "*sub judice*", destarte, é incontroversa a responsabilidade da apelante Unimed, tendo-se em vista que rescindiu unilateralmente o contrato firmado sem observar, contudo a



indispensável comunicação/notificação prévia acerca do **cancelamento** do contrato, tendo em vista a hipossuficiência dos associados.

Ademais resta inegável que o cancelamento do plano de saúde ensejou uma série transtornos e constrangimentos experimentados pelos recorridos diante da recusa no atendimento médico e de realização de consultas, ressaltando-se, ainda, o fato de que o usuário do plano é menor e necessita usufruir das garantias contratuais para continuidade do tratamento do transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), conforme os documentos laudos e exames juntados aos autos (v. fls. 55/65).

No caso em exame, evidente que os dissabores, o sofrimento e a perda da satisfação pessoal dos apelados ao sentirem-se frustrados em suas expectativas de serem atendidos pelo plano de saúde e de continuidade no tratamento médico do infante, tratando-se de causas objetivas de sofrimento de dano pelos autores, ora apelados, situação que se agravou diante do descaso e desrespeito por parte da recorrente ao rescindir o contrato unilateralmente ensejando prejuízos aos consumidores.

Nessa linha de entendimento, transcrevo o disposto no art. 927, parágrafo único, do Código Civil, “*verbis*”:

“Art. 927 do CC.

Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem”.

Nesse passo, resta evidente a comprovação do nexo de causalidade entre a falha na prestação do serviço pela operadora do plano de saúde e o dano reclamado pelos apelados, fazendo exsurgir a obrigação da apelante em reparar o dano causado, pelo que deve ser mantida a sentença neste ponto, restando caracterizado o dano moral.

DO RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTO POR J. E. A. M.:



1) DA MAJORAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO:

O apelante J. E. A. M., em suas razões recursais, pugna pela majoração da indenização fixada pelo Juízo “a quo” à título de Dano Moral, passando do valor arbitrado de R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais) para o importe de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

O *quantum* que deve ser arbitrado a título de dano moral, permanece como ponto controvertido nas ações indenizatórias, em razão da dificuldade em estabelecer com exatidão a equivalência entre o dano e o valor de ressarcimento.

Acerca do tema, entendo que na fixação do valor deve ser levado em conta a capacidade econômica do ofensor, a condição pessoal do ofendido, a natureza e a extensão do dano moral e o caráter pedagógico de sua imposição como fator de inibição de novas práticas lesivas, observando-se os parâmetros estabelecidos na jurisprudência do Colendo STJ.

Posto isto, destaco, ainda, que o importe estipulado não deve ser tão alto que possa se converter em fonte de enriquecimento, como pretendido pelos recorrentes no valor abusivo de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), nem tão pequeno que possa se tornar inexpressivo.

No caso concreto, assiste razão ao recorrente em parte o pleito de majoração da verba indenizatória, vez que o valor fixado na sentença a título de indenização pelos danos morais na quantia de R\$ 6.500,00 (seis mil reais), mostra-se abaixo da média aplicada pela jurisprudência.

Nessa linha de entendimento, a jurisprudência a seguir reproduzida:

“PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS. ALEGAÇÃO DE MEDICAÇÃO SEM AUTORIZAÇÃO DA ANVISA E EXPERIMENTAL. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO. ÔNUS DA PROVA DA RÉ. SENTENÇA MANTIDA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO. INDENIZAÇÃO QUE DEVE SER FIXADA COM RAZOABILIDADE. Medicação importada, sem licença da ANVISA e experimental. Ausência de comprovação. Prova documental que deve acompanhar a contestação (art. 333, inc. II, do CPC). Negativa de cobertura de medicamento quimioterápico. Impossibilidade. Incidência da Lei nº 9.656/98. Incidência da Lei nº 8.078/90. Plano-referência (arts. 10 e 12 da Lei nº 9.656/98). Plano que deve cobrir tudo o que for necessário para o pleno restabelecimento da autora. Eventual cláusula contratual contrária a dispositivo de lei deve ser tida como não escrita, por abusiva e ilegal. Código de Defesa do Consumidor. Abusividade. Súmula do Tribunal. Matéria sedimentada. Dano moral. A recusa injustificada de cobertura de contrato de plano de saúde acarreta dano moral ao



consumidor. Precedentes do STJ. Valor da indenização. Fixação com moderação (R\$ 25.000,00). Recurso da ré não provido. Recurso da autora parcialmente provido.

(TJ-SP - APL: 00056460720138260011 SP 0005646-07.2013.8.26.0011, Relator: Carlos Alberto Garbi, Data de Julgamento: 28/04/2015, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 30/04/2015)

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. INÉPCIA DA INICIAL. PRELIMINAR AFASTADA. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO. TRATAMENTO. MEDICAÇÃO DETERMINADA POR MÉDICO ESPECIALISTA. RECUSA INDEVIDA. DANOS MORAIS. QUANTUM. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. CRITÉRIOS OBSERVADOS. SENTENÇA MANTIDA. 1. A preliminar de inépcia da inicial deve ser afastada se a petição inicial cumpriu todos os requisitos do art. 282, do CPC. 2. A teor do Enunciado nº 469 da Súmula do STJ, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde anteriores à Lei nº 9.656/98. 3. Segundo a reiterada jurisprudência do STJ, "o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura." (REsp 668.216/SP, Rel. Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/03/2007, DJ 02/04/2007, p. 265). 4. Conquanto geralmente nos contratos o mero inadimplemento não seja causa para ocorrência de danos morais, a jurisprudência do colendo STJ 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 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. 5. No presente caso, e em consonância com a jurisprudência deste egrégio Tribunal de Justiça, a quantia de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) compensa de forma adequada os danos morais. 6. Apelos improvidos. Sentença mantida.

(TJ-DF - APC: 20130111789576 DF 0045410-58.2013.8.07.0001, Relator: ARNOLDO CAMANHO DE ASSIS, Data de Julgamento: 22/10/2014, 4ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 13/11/2014 . Pág.: 175)

Tendo-se por parâmetro os fundamentos acima a respeito do “*quantum*”, forçoso se faz admitir que o recurso da recorrente visando a sua majoração mostra-se pertinente, de forma que deve ser acatado esse pleito.

Assim, levando-se em consideração os requisitos supra, bem como utilizando como parâmetro a orientação jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça em casos análogos aos dos autos de indenização por danos morais, dou provimento parcial ao apelo, neste ponto específico, para majorar a condenação da apelada Unimed Belém Cooperativa de Médicos ao pagamento do montante de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) a título de danos morais em favor dos apelantes J. E. A. M, representado por avó materna S. da S. A., em observância aos princípios da



proporcionalidade e da razoabilidade, além de se encontrar dentro da média que vem sendo arbitrada pela jurisprudência.

Nessa esteira, a quantia arbitrada mostra-se consentânea com os quesitos exigidos para a fixação justa do “*quantum*” indenizatório.

De modo que, na questão presente, tem-se como observados os comandos dos artigos 402 e 403² do Código Civil, já que o “*quantum*” arbitrado no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) se mostra razoável e proporcional aos fatos relatados. Acerca desse tema, eis que já restou assentado:

“O arbitramento do dano moral é apreciado ao inteiro arbítrio do juiz, que, não obstante, em cada caso, deve atender a repercussão econômica dele, a dor experimentada pela vítima e ao grau de dolo ou culpa do ofensor” (TJSP, Ap. 219.366-1/5, Rel. Des. FELIPE FERREIRA, AC. 28-12-1994, RT 717/126).

Por fim, pontuo que o valor estipulado serve para inibir novas práticas lesivas, pois apesar de impor gravame de certa monta à recorrente, é por ela perfeitamente suportável, bem como não configura enriquecimento ilícito da parte autora.

2) DA APLICAÇÃO DA MULTA ASTREINTE POR DESCUMPRIMENTO DA DECISÃO INTERLOCUTÓRIA QUE CONCEDEU A TUTELA ANTECIPADA:

O apelante J. E. A. M. defende a reforma da sentença, requerendo a aplicação de astreintes no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), em razão do descumprimento reiterado pela apelada Unimed Belém quanto à decisão que concedeu a tutela antecipada.

Por oportuno, transcrevo a parte dispositiva da decisão (68/73) que deferiu a tutela antecipada para os autores, ora recorrentes, proferida em 30/08/2012:

“(…)
Outrossim, no que tange ao pedido de consignação do valor das mensalidades, entendo que não há óbice ao deferimento do pedido.

² Art. 402, CC. Salvo as exceções expressamente previstas em lei, as perdas e danos devidas ao credor abrangem, além do que ele efetivamente perdeu, o que razoavelmente deixou de lucrar.
Art. 403, CC. Ainda que a inexecução resulte de dolo do devedor, as perdas e danos só incluem os prejuízos efetivos e os lucros cessantes por efeito dela direto e imediato, sem prejuízo do disposto na lei processual.



Ante todo o exposto, com fulcro no art. 273 do Código de Processo Civil, DEFIRO OS PEDIDOS DE TUTELA ANTECIPADA LIMINAR, até ulterior deliberação, para:

- AUTORIZAR o Autor a efetuar mensalmente o depósito do valor de R\$ 152,26 (cento e cinquenta e dois reais e vinte e seis centavos), referente às mensalidades contratuais, nos respectivos dias e meses de vencimento até ulterior deliberação;

- DETERMINAR que a reclamada UNMED BELÉM, CNPJ: 04.201.372/0001-37, no prazo de 02 (dois) dias, restabeleça os serviços referentes ao plano de saúde de titularidade do menor J.E.A.M., representado por sua mãe ÉRICA DA SILVA ALMEIDA, Contrato de Prestação e Serviços de Assistência à Saúde nº 0880865025056000, sob pena de multa diária no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), até o limite de 100.000,00 (cem mil reais).

Cite-se a requerida para, querendo, contestar a ação, no prazo legal, intimando-a no mesmo ato acerca de presente decisão.

Considerando a petição de fls. 66/67, retifique-se, no Sistema Libra e na autuação, o cadastro referente a representação legal do autor.

P.R.I. Cumpra-se.

Servirá a presente, por cópia digitada, como carta de citação. CUMpra-SE NA FORMA E SOB AS PENAS DA LEI. INTIME-SE. (Provimentos nºs. 003 e 011/2009 - CJRMB).

Belém, 30 de agosto de 2012.

ROSANA LÚCIA DE CANELA BASTOS

Juíza de Direito

(ASSINADO DIGITALMENTE)”

Compulsando os autos, conforme mandado e certidão (fls. 75/78 e 79), observa-se que a requerida Unimed Belém foi citada e intimada no dia 12/09/2012 (quarta-feira), assim, a requerida deveria cumprir a decisão a partir do dia 13/09/12 até o dia 14/09/12 (sexta-feira), considerando-se o prazo de 02 (dois) dias.

Pela análise da petição, constante às fls. 186/187 dos autos, verifico que os autores, ora apelantes, insurgem-se contra os envios de boletos referentes as parcelas mensais do plano pela requerida, afirmando que a cobrança seria indevida, em razão do depósito em juízo das parcelas contratuais.

Por conseguinte, o apelante J. E. A. M. reitera a mesma argumentação acerca de cobrança indevida, diante do envio dos boletos pela recorrida, apesar de ter sido intimada da decisão que deferiu o depósito judicial das parcelas, conforme as petições de fls. 196/197 e 205/206.



Por outro lado, os autores afirmam que ao tentarem consultar com a médica do plano, Dra. Regina Célia Duarte, no dia 16/01/2013 houve a recusa pela operadora do plano, bem como no dia 18/01/13 ocorreu uma segunda negativa de atendimento, consoante petição (fls. 212/213), motivo pelo qual requereu a majoração da multa diária arbitrada.

Em seguida, conforme petição (fl. 227), os autores relatam nova negativa de atendimento de consulta pelo plano no dia 10/04/13, juntando comprovante (vide documento fl. 228).

Por ocasião da audiência de instrução e julgamento (fls. 233/234), diante dos relatos de negativa de atendimento aos autores, o Juízo “*a quo*” majorou a multa para R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por cada recusa no atendimento do autor, por parte da requerida até o limite de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

Pelo exposto, verifica-se que os recorrentes questionam o envio de boletos pela demandada, aduzindo tratar-se de cobrança indevida, porém a argumentação, neste ponto, não merece prosperar, posto que não há falar em descumprimento da decisão judicial que deferiu a tutela antecipada, uma vez que o “*decisum*” limitou-se a deferir o depósito judicial mensal das parcelas e o restabelecimento do plano de saúde, logo como os recorrentes procederiam aos depósitos sem ter acesso aos boletos das mensalidades, razão pela qual não há falar em cobrança indevida.

Registro, ainda, que, de acordo com a carta expedida pela Unimed Belém (vide fl. 188), datada de 17/09/12, o plano de saúde do autor, foi reativado em 13/09/12, informando, ainda, o envio dos boletos mensais e da nova carteira do plano, inexistindo descumprimento dos termos da decisão tão somente pelo envio dos boletos.

Por outro lado, assiste razão ao recorrente quanto ao descumprimento da ordem judicial, diante da recusa ocorrida de atendimento ao autor ocorrida no dia 10/04/2016, conforme a negativa de consulta comprovada (vide documento à fl. 228), porém quanto aos outros dias relatados, em razão da ausência de comprovação de negativa, indefiro a incidência das astreintes nos demais dias.



Assim, considerando a modificação da multa fixada pelo juízo singular, por ocasião do termo de audiência (fls. 233/234), condeno a apelada Unimed Belém ao pagamento de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), em razão do descumprimento da decisão, diante da recusa injustificada pelo plano de saúde ao negar a realização de consulta do autor no dia 10/04/2013.

3) DA SUCUMBÊNCIA:

Sucumbência mantida nos termos da sentença, condenando a requerida Unimed Belém ao pagamento das custas processuais e de honorários advocatícios no percentual de 20% (vinte por cento), sobre o valor da condenação.

Ante o exposto, **CONHEÇO DOS RECURSOS DE APELAÇÕES CÍVEIS, NEGANDO PROVIMENTO AO APELO** interposto por **UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, bem como **CONCEDO PARCIAL PROVIMENTO** ao apelo oposto por **J. E. A. M.**, reformando a sentença, majorando a condenação à título de Danos Morais para o valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), em consonância com os Princípios da Razoabilidade e da Proporcionalidade, bem como condeno a empresa requerida ao pagamento de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) à título de astreintes, em razão do descumprimento da tutela antecipada, por fim, sucumbência mantida nos termos da sentença, tudo nos termos da fundamentação lançada.

É como voto.

Servirá a presente decisão com mandado/ofício, nos termos da Portaria nº 3.731/2015 – GP.

P.R.I.

Belém, 03 de novembro de 2016.

Desembargadora **Ezilda Pastana Mutran**
Relatora