



Número: **0061401-18.2014.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES**

Última distribuição : **05/11/2021**

Valor da causa: **R\$ 100.000,00**

Processo referência: **0061401-18.2014.8.14.0301**

Assuntos: **Indenização por Dano Material, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
UNIMED BELÉM (APELANTE)	GUSTAVO FREIRE DA FONSECA (ADVOGADO) DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
ANA IRENE ALVES DE OLIVEIRA (APELADO)	YOLENE DE AZEVEDO BARROS (ADVOGADO) CARLOS ALBERTO GUEDES FERRO E SILVA (ADVOGADO)
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	MARIA TERCIA AVILA BASTOS DOS SANTOS (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
8166297	16/02/2022 11:09	<a href="#">Acórdão</a>	Acórdão
8138535	16/02/2022 11:09	<a href="#">Relatório</a>	Relatório
8138537	16/02/2022 11:09	<a href="#">Voto do Magistrado</a>	Voto
8138533	16/02/2022 11:09	<a href="#">Ementa</a>	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0061401-18.2014.8.14.0301

APELANTE: UNIMED BELÉM

APELADO: ANA IRENE ALVES DE OLIVEIRA

RELATOR(A): Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

**EMENTA**

**EMENTA**

**APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA – SITUAÇÃO DE URGÊNCIA EVIDENCIADA – DEVER DE INFORMAÇÃO NÃO OBSERVADO – REEMBOLSO DEVIDO – RESTITUIÇÃO QUE DEVE OCORRER NO LIMITE DO QUE SERIA PAGO A REDE CREDENCIADA – SITUAÇÃO QUE EXASPERA O MERO DISSABOR – LESÃO EXTRAPATRIMONIAL CONFIGURADA – DANO MORAL *IN RE IPSA* – *QUANTUM* INDENIZATÓRIO – R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS) – PATAMAR RAZOÁVEL – RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.**

**1 –No presente caso, considerando a urgência que a condição de saúde da autora demandava (câncer de mama), uma vez solicitada a realização do procedimento na instituição de saúde especializada, não se revela regular a posterior negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde apelante.**

**2 – Ademais, entende-se que diante do cenário emergencial e a falha nas informações fornecidas pela apelante, não era possível exigir da autora comportamento diverso, sob pena de colocar em risco o bem maior que é a vida, razão pela qual, persiste o dever da seguradora indenizar os danos materiais suportados.**



3 – Outrossim, a Lei n. 9.656/1998, em seu art. 12, inciso VI, prevê a hipótese de reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

4 – Assim, na hipótese de reembolso a operadora responde pelas despesas, mas nos limites dos custos praticados na própria rede credenciada, consoante posicionamento perfilhado pelo Superior Tribunal de Justiça.

5 – Evidenciada a recusa indevida da cobertura médica, caracterizado revela o dano moral, decorrente do abalo psicológico gerado por toda a situação experimentada pela autora que inegavelmente exasperou mero dissabor, que, na hipótese, configura-se na modalidade *in re ipsa*.

6 – Observando os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, ainda em atenção as peculiaridades do caso em análise, tenho que o *quantum* indenizatório perfilhado na decisão recorrida, no montante de R\$ 20.000,00 (dez mil reais), revela-se adequado, razoável e proporcional ao dano experimentado.

7 – Recurso Conhecido e Parcialmente Provido apenas para determinar que o reembolso ocorra no limite do que seria despendido pela apelante em hospital da rede credenciada, mantendo a sentença vergastada em seus demais termos.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de APELAÇÃO CÍVEL, tendo como apelante UNIMED BELÉM e apelada ANA IRENE ALVES DE OLIVEIRA

Acordam os Excelentíssimos Desembargadores, Membros da 2ª Turma de Direito Privado deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, em CONHECER DO RECURSO E DAR-LHE PARCIAL PROVIMENTO, nos termos do voto da Excelentíssima Desembargadora-Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães.

## RELATÓRIO

### RELATÓRIO

Tratam os autos de Recurso de APELAÇÃO CÍVEL interposto por UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO inconformada com a sentença prolatada pelo Juízo da



4ª Vara Cível e Empresarial de Belém/PA que, nos autos da **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS**, julgou parcialmente procedente o pleito formulado na exordial, para condenar a requerida ao pagamento de indenização por danos materiais no montante de R\$ 51.077,17 (cinquenta e um mil, setenta e sete reais e dezessete centavos), à título de reembolso, com correção monetária da data do desembolso ou efetivo prejuízo e juros de mora de 1% (hum por cento) ao mês, a partir do evento danoso, bem como ao pagamento de indenização por danos morais no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), com correção monetária a partir do arbitramento e juros de mora a partir da citação, condenando ainda a requerida ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, tendo como ora apelada **IRENE ALVES DE OLIVEIRA** .

Em sua inicial (ID. 6959773), narrou a autora/apelada que em meados de abril de 2013, foi diagnosticada com câncer de mama, circunstância que exigiu a realização de cirurgia e sua internação hospitalar, cobertura médica que, entretanto, teria sido recusada pela requerida, expondo a autora a risco de morte e a obrigando a suportar todos os custos da internação e tratamento no montante de R\$ 67.461,33 (sessenta e sete mil, quatrocentos e sessenta e um reais e trinta e três centavos).

Pleiteou, assim, pela procedência da demanda para que fosse a operadora de plano de saúde requerida condenada ao pagamento de indenização à título de danos materiais e morais.

Em contestação (ID. 6959786), arguiu a requerida que a negativa de cobertura decorreu do fato de autora ter solicitado a realização dos procedimentos em hospital não conveniado ao seu plano de saúde e que pratica tabela própria de preços, pugnando, assim, pela improcedência da exordial.

O feito seguiu seu tramite regular até a prolação da sentença (ID. 6959810), que julgou parcialmente procedente a pretensão exordial para condenar a requerida ao pagamento de indenização à título de danos materiais no importe de R\$ 51.077,17 (cinquenta e mil, setenta e sete reais e dezessete centavos) e danos morais no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Condenou, ainda, a requerida ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios no importe de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação.

Inconformada, a requerida UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs Recurso de Apelação (ID. 6959812).

Aduz que a incidência da legislação consumerista possui aplicação apenas subsidiária na hipótese, incidindo no caso Lei n. 9.656/1998, por força do princípio da especialidade.

Afirma que o contrato de prestação de serviço celebrado entre as partes dispõe expressamente acerca da não cobertura e/ou ressarcimento nas hipóteses em que o beneficiário optar livremente pela utilização de serviços de hospital de tabela própria.

Argui que a Resolução Normativa n. 259/2011 da ANS é clara ao estabelecer que as



operadoras de planos de saúde devem garantir o procedimento dentro da área de abrangência e na rede assistencial habilitada no ajuste firmado entre as partes.

Argumenta que a conduta da autora de exigir tratamento médico-hospitalar em hospital não conveniado e posteriormente requerer reembolso, ofenderia o princípio da boa-fé objetiva, bem como do equilíbrio, da transparência e harmonia nas relações de consumo.

Arrazoa que se eventualmente mantida a condenação ao reembolso das despesas médico-hospitalares, este deve ocorrer observando os limites da tabela contratual.

Pondera que o inadimplemento contratual não gera, isoladamente, danos morais, destacando que a autora não teria demonstrado as lesões extrapatrimoniais suportadas.

Sustenta, ainda, que o *quantum* indenizatório fixado a título de danos morais seria excessivamente elevado e que seria descabido a condenação ao pagamento dos *mínus sucumbenciais*.

Pleiteia, assim, pelo provimento do recurso de apelação para que reformada a sentença testilhada, seja julgado improcedente a demanda exordial, ou, alternativamente seja limitado o valor de reembolso e minorada a indenização por danos morais.

Em contrarrazões (ID. 6959919), a apelada refuta todos os argumentos trazidos pela recorrente, pugnando pelo desprovimento do recurso e manutenção integral da sentença ora vergastada

Intimada a se manifestar, a Douta Procuradoria de Justiça afirmou inexistir interesse público na demanda a ensejar sua intervenção (ID. 7440284).

**É o Relatório.**

**VOTO**

**VOTO**

**JUÍZO DE ADMISSIBILIDADE**



Avaliados, preliminarmente, os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pela apelante, tenho-os como regularmente constituídos, bem como atinentes à constituição regular do feito até aqui, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

## QUESTÕES PRELIMINARES

Face a ausência de questões preliminares, atendo-me ao exame do mérito da demanda.

## MÉRITO

Cinge-se a controvérsia recursal a regularidade da negativa de cobertura; a limitação do reembolso aos valores previstos na tabela contratual; a inoccorrência de danos morais e a necessidade de *quantum* indenizatório.

### ***Do Dano Material (Reembolso)***

Analisando os autos, verifica-se ter restado incontroverso na hipótese, a existência de vínculo contratual entre os litigantes, atinente à prestação de serviços médicos e hospitalares, bem como a moléstia suportada pela autora, que a sujeitou a internação e procedimento cirúrgico, com custo elevado, de modo que a questão controvertida a ser solucionada, então, reside na aferição da regularidade ou não da recusa da demandada em custear referido tratamento.

Pois bem, a autora era beneficiária de plano de saúde operado pela ora apelante, vínculo estabelecido através de contrato particular de serviços médicos, de cobertura nacional, garantindo a autora que os serviços contratados seriam prestados por meio dos médicos cooperados e das cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, bem como que os hospitais de tabela própria, entendidos como aqueles que praticam sua própria tabela de preços e procedimentos, não se sujeitando a tabela de referência de terceiros, não estão incluídos no rol de prestadores de serviços médicos da Unimed, tampouco são alcançados pela cobertura do seguro.

Dessa forma, tendo a autora realizado internação e procedimento cirúrgico em hospital não credenciado, quando disponível o procedimento na rede conveniada ao plano de saúde,



restaria afastado *a priori* a obrigatoriedade de reembolso pela operadora, exceto se demonstrada a situação de urgência ou emergência pela beneficiária.

Acerca da matéria, vejamos o posicionamento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça em embargos de divergência:

**EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DESPROVIDOS.** 1. Cinge-se a controvérsia em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a reembolsar as despesas médico-hospitalares relativas a procedimento cirúrgico realizado em hospital não integrante da rede credenciada. 2. O acórdão embargado, proferido pela Quarta Turma do STJ, fez uma interpretação restritiva do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, enquanto a Terceira Turma do STJ tem entendido que a exegese do referido dispositivo deve ser expandida. **3. O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento.** 4. Embargos de divergência desprovidos. (STJ - EAREsp: 1459849 ES 2019/0057940-8, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Julgamento: 14/10/2020, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 17/12/2020). (Grifei).

Ocorre que conforme enfatizado pelo julgador primevo, considerando a urgência que a condição de saúde da autora demandava, uma vez solicitada a realização do procedimento na instituição de saúde especializada, não se revela regular a posterior negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde apelante.

Dessa forma, o comportamento contraditório da apelante, no mínimo configura inobservância ao dever de informação, intrínsecos as relações consumeristas, como a ocorrida na hipótese, que, frisa-se não conflita as disposições previstas na legislação especial no caso.

Ademais, entendo que diante de cenário emergencial e a falha nas informações fornecidas pela apelante, não era possível exigir da autora comportamento diverso, sob pena de colocar em risco o bem maior que é a vida, razão pela qual, persiste o dever da seguradora indenizar os danos materiais suportados.

Outrossim, a Lei n. 9.656/1998, em seu art. 12, inciso VI, prevê a hipótese de reembolso,



nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadores, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

*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:*

*[...]*

*VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;*

Assim, na hipótese de reembolso a operadora responde pelas despesas, mas nos limites dos custos praticados na própria rede credenciada, consoante posicionamento perfilhado pelo Superior Tribunal de Justiça, conforme precedente, *in verbis*:

**RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOSPITAL PRIVADO NÃO CREDENCIADO. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. AUSÊNCIA. RESSARCIMENTO DEVIDO, LIMITADO AO MONTANTE ESTABELECIDO CONTRATUALMENTE EM TABELA. MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. PRESERVAÇÃO DA BOA-FÉ. PROTEÇÃO DA CONFIANÇA. 1. Ação ajuizada em 28/9/2012. Recurso especial interposto em 30/6/2016. Autos conclusos ao Gabinete do Relator em 18/6/2018. 2. O propósito recursal é definir se é cabível o reembolso de despesas, efetuadas por beneficiário de plano de saúde em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, em situação não caracterizada como caso de urgência ou emergência. 3. O comando do art. 12, VI, da Lei 9.656/98 dispõe, como regra, que o reembolso de despesas médicas em estabelecimentos não contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras está limitado às hipóteses de urgência ou emergência. 4. **Todavia, a exegese desse****





dispositivo que mais se coaduna com os princípios da boa-fé e da proteção da confiança nas relações privadas - sobretudo considerando a decisão do STF, em repercussão geral (Tema 345), acerca do ressarcimento devido ao SUS pelos planos de saúde - é aquela que permite que o beneficiário seja reembolsado quando, mesmo não se tratando de caso de urgência ou emergência, optar pelo atendimento em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, respeitados os limites estabelecidos contratualmente. 5. Esse entendimento respeita, a um só tempo, o equilíbrio atuarial das operadoras de plano de saúde e o interesse do beneficiário, que escolhe hospital não integrante da rede credenciada de seu plano de saúde e, por conta disso, terá de arcar com o excedente da tabela de reembolso prevista no contrato. 6. Tal solução reveste-se de razoabilidade, não impondo desvantagem exagerada à recorrente, pois a suposta exorbitância de valores despendidos pelos recorridos na utilização dos serviços prestados por médico de referência em seu segmento profissional será suportada por eles, dado que o reembolso está limitado ao valor da tabela do plano de saúde contratado. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO, COM MAJORAÇÃO DE HONORÁRIOS.

(STJ - REsp: 1760955 SP 2018/0144917-1, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Julgamento: 11/06/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 30/08/2019). (Grifei).

Da mesma forma vem se posicionando esta Colenda 2ª Turma de Direito Privado em casos similares, senão vejamos:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES. HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. **DEVER DEREEMBOLSO RECONHECIDO, DENTRO DOS LIMITES QUE A SEGURADORA PAGARIA A HOSPITAL CREDENCIADO.** DANOS MORAIS PRESUMIDOS. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO, À UNANIMIDADE.

1. Aplicação do artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998, o qual estabelece o reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo



respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

**2. Para a preservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, é razoável determinar à demandada que restitua demandante o valor que seria despendido com hospital da rede credenciada.**

3. No caso em comento a obrigação de custeio de tratamento em hospital de tabela própria somente foi cumprida após ajuizamento de ação judicial, que, julgada procedente determinou ao ora apelante satisfação da obrigação contratual, o que confirma que as circunstâncias do caso concreto não recomendam o reconhecimento dos pressupostos exigidos para a configuração do dano moral.

4. Valor arbitrado em R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) se mostra adequado para reparar os danos morais causados.

5. Recurso conhecido e parcialmente provido, à unanimidade.

(TJ-PA, 4954598, 4954598, Rel. RICARDO FERREIRA NUNES, Órgão Julgador 2ª Turma de Direito Privado, Julgado em 13-04-2021, Publicado em 20-04-2021). (Grifei).

Destarte, deve ser mantida a sentença primeva quanto ao reconhecimento do dever de reembolso pela operadora de plano de saúde apelante, impondo-se a reforma parcial da sentença para determinar que a restituição dos valores ocorra no limite que seria despendido com hospital da rede credenciada.

### ***Do Dano Moral***

Acerca do dano moral, sabe-se que a caracterização do dever de indenizar, condiciona-se, inafastavelmente, a presença dos elementos ensejadores da responsabilidade civil, quais sejam, o dano, o ato ilícito, e o nexo de causalidade entre ambos.

Noutras palavras, a indenização a título de dano extrapatrimonial, pressupõe a existência de três aspectos indispensáveis: a ilicitude do ato praticado, visto que os atos regulares de direito não ensejam reparação; o dano, ou seja, a efetiva lesão suportada pela vítima e o nexo causal, sendo este a relação entre os dois primeiros, o ato praticado e a lesão experimentada.

Nesse sentido, preleciona a doutrina civilista pátria:

"Consiste a responsabilidade civil na obrigação que tem uma pessoa -



devedora - de reparar os danos causados a outra - credora - dentro das forças de seu patrimônio, em decorrência de um ato ilícito ou de uma infração contratual. Visa ela, pois, a recompor o patrimônio do lesado ou compensá-lo pelos danos sofridos, desde que comprovado o nexos causal entre o ato praticado e o prejuízo da vítima".

(FELIPE, Jorge Franklin Alves. *Indenização nas Obrigações por Ato Ilícito*. 2. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, p. 13).

O dano moral, portanto, é lesão que integra os direitos da personalidade, tal como o direito à vida, à liberdade, à intimidade, à privacidade, à honra (reputação), à imagem, à intelectualidade, à integridade física e psíquica, de forma mais ampla a dignidade da pessoa humana.

Nessa esteira, tem-se que configura dano moral aquela lesão que, excedendo à normalidade, interfere intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem-estar.

O diploma cível pátrio estabelece expressamente em seu art. 186, a possibilidade de reparação civil decorrente de ato ilícito, inclusive nas hipóteses em que o dano seja de caráter especificamente moral.

*Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.*

No caso em exame, evidenciada a recusa indevida da cobertura médica, caracterizado revela o prejuízo moral, decorrente do abalo psicológico gerado por toda a situação experimentada pela autora que inegavelmente exasperou mero dissabor.

Outrossim, o dano extrapatrimonial no caso em comento configura-se na modalidade *in re ipsa* consoante entendimento já sedimentado pelo Superior Tribunal de Justiça, senão vejamos:

**“A jurisprudência desta Corte reconhece a ocorrência de dano moral in re ipsa nos casos em que houve a recusa indevida do plano de saúde de realização de procedimento cirúrgico necessário, porquanto há afronta à dignidade da pessoa humana. Precedentes: AgInt no REsp. 1.552.287/DF, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, DJe 3.4.2017; AgInt no REsp. 1.610.337/PR, Rel. Ministro. LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe 28.3.2017; AgInt no AREsp. 1.016.100/DF, Rel. Min. RAUL ARAÚJO, DJe 31.3.2017.”**



(STJ - AgInt no REsp 1385638/RS, Rel. Min. Napoleão Maia Filho, julgado em 28.11.2017). (Grifei).

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCP. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO. COBERTURA. **FORNECIMENTO DE STENT EM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COBERTO PELO PLANO. RECUSA INDEVIDA. DANO MORAL *IN RE IPSA*. CABIMENTO.** RECURSO MANIFESTAMENTE INADMISSÍVEL. INCIDÊNCIA DA MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCP E HONORÁRIOS RECURSAIS DO ART. 85, §11º, DO NCP. AGRAVO NÃO PROVIDO. [...] 2. O Superior Tribunal de Justiça entende que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. **3. A orientação desta Corte Superior é de que a recusa indevida ou injustificada pela operadora de plano de saúde em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, gera direito de ressarcimento a título de dano moral, em razão de tal medida agravar a situação tanto física quanto psicologicamente do beneficiário . Caracterização de dano moral *in re ipsa*.** 4. A operadora do plano de saúde não apresentou argumento novo capaz de modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado para negar provimento ao recurso especial por ela manejado, reconhecendo o cabimento da indenização por dano moral. [...].

(STJ – AgInt no Resp 1552287/DF, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/03/2017, DJe 03/04/2017). (Grifei).

Destarte, havendo a conduta ilícita consubstanciada na recusa indevida do fornecimento do tratamento, bem como a lesão extrapatrimonial decorrente dessa conduta, emerge o nexo de causalidade entre o dano e a ação, constituindo assim a responsabilidade civil e, por conseguinte o dever de indenizar.

### ***Do Quantum Indenizatório***

Acerca da justa definição do importe indenizatório a ser estabelecido em sede de dano extrapatrimonial, como se sabe é sempre uma questão de significativa complexidade, uma vez que inexistente critério objetivo para determinação exata do valor adequado a compensar a dor,



o constrangimento, e as demais correlatas lesões a personalidade da pessoa atingida.

Nesta senda, imperioso é o ensinamento de Teresa Ancona Lopes de Magalhães:

"A ofensa derivada de lesão a um direito da personalidade não pode ficar impune e, dentro do campo da responsabilidade civil, a sua reparação tem que ser a mais integral possível para que, caso não possam as coisas voltar ao estado em que se encontravam antes, tenha a vítima do dano, pelo menos alguma satisfação ou compensação e, dessa forma, possa ver minorado o seu padecimento".

(MAGALHÃES, Teresa Ancona Lopez de. *O Dano Estético*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais).

Na verdade, o objetivo da indenização pecuniária decorrente de dano moral, não é repor um desfalque patrimonial, mas representar para o lesionado uma satisfação igualmente moral ou, que seja, psicologicamente capaz de neutralizar ou mitigar em parte o sofrimento impingido.

Assim, inexistindo fundamento para a mensuração objetiva do *quantum*, deve o julgador arbitrá-lo mediante estimativa que considere a necessidade de, com a quantia, minorar a lesão imposta ao ofendido, sem, contudo, assentar-se em elementos unicamente subjetivos.

*In casu*, observando os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, ainda em atenção as peculiaridades do caso em análise, tenho que o *quantum* indenizatório perfilhado na decisão recorrida, no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), revela-se adequado, razoável e proporcional ao dano experimentado.

Destaca-se que o importe fixado pelo juízo de 1º grau, encontra-se dentro dos patamares perfilhado pela jurisprudência deste Tribunal em casos similares, conforme precedente, *in verbis*:

**AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS DEVIDA. DECISÃO MONOCRÁTICA QUE SE EMBASA EM PRECEDENTES DO STJ E DOS TRIBUNAIS PÁTRIOS. QUANTUM INDENIZATÓRIO FIXADO EM R\$ 100.000,00. AGRAVO INTERNO PARCIALMENTE PROVIDO, APENAS, PARA REDUZIR A INDENIZAÇÃO DE DANOS MORAIS PARA R\$ 20.000,00 ADEQUANDO-SE AOS PRECEDENTES EM CASOS SEMELHANTES.**

- A negativa de cobertura de procedimento de emergência é ilegal e gera dano moral, tendo em vista que agrava o sofrimento psíquico do usuário que já se encontra com saúde debilitada.

- O valor da indenização por danos morais deve ser fixado considerando o grau da responsabilidade atribuída ao réu, a extensão dos danos sofridos



pela vítima, bem como os princípios constitucionais da razoabilidade e da proporcionalidade.

- Neste pensamento, considerando que os danos morais devem se limitar a recusa de cobertura, já que a morte da usuária, não é objeto da ação tenho que o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) é desarrazoado e desproporcional.

- Indenização reduzida para R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). ((2020.01611484-86, Não Informado, Rel. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE, Órgão Julgador 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 2020-08-11, Publicado em 2020-08-11)

Destarte, tem-se que o valor fixado na sentença vergastada, mostra-se suficiente para compensar adequadamente os danos extrapatrimoniais sofridos, não sendo exacerbado ao ponto de ensejar a sua minoração.

## DISPOSITIVO

Ante o exposto, **CONHEÇO** do Recurso de Apelação e **DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO**, apenas para determinar que o reembolso ocorra no limite do que seria despendido pela apelante em hospital da rede credenciada, mantendo a sentença vergastada em seus demais termos.

**É COMO VOTO.**

Belém, 16/02/2022



## RELATÓRIO

Tratam os autos de Recurso de **APELAÇÃO CÍVEL** interposto por **UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** inconformada com a sentença prolatada pelo Juízo da 4ª Vara Cível e Empresarial de Belém/PA que, nos autos da **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS**, julgou parcialmente procedente o pleito formulado na exordial, para condenar a requerida ao pagamento de indenização por danos materiais no montante de R\$ 51.077,17 (cinquenta e um mil, setenta e sete reais e dezessete centavos), à título de reembolso, com correção monetária da data do desembolso ou efetivo prejuízo e juros de mora de 1% (hum por cento) ao mês, a partir do evento danoso, bem como ao pagamento de indenização por danos morais no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), com correção monetária a partir do arbitramento e juros de mora a partir da citação, condenando ainda a requerida ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios na proporção de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, tendo como ora apelada **IRENE ALVES DE OLIVEIRA** .

Em sua inicial (ID. 6959773), narrou a autora/apelada que em meados de abril de 2013, foi diagnosticada com câncer de mama, circunstância que exigiu a realização de cirurgia e sua internação hospitalar, cobertura médica que, entretanto, teria sido recusada pela requerida, expondo a autora a risco de morte e a obrigando a suportar todos os custos da internação e tratamento no montante de R\$ 67.461,33 (sessenta e sete mil, quatrocentos e sessenta e um reais e trinta e três centavos).

Pleiteou, assim, pela procedência da demanda para que fosse a operadora de plano de saúde requerida condenada ao pagamento de indenização à título de danos materiais e morais.

Em contestação (ID. 6959786), arguiu a requerida que a negativa de cobertura decorreu do fato de autora ter solicitado a realização dos procedimentos em hospital não conveniado ao seu plano de saúde e que pratica tabela própria de preços, pugnando, assim, pela improcedência da exordial.

O feito seguiu seu tramite regular até a prolação da sentença (ID. 6959810), que julgou parcialmente procedente a pretensão exordial para condenar a requerida ao pagamento de indenização à título de danos materiais no importe de R\$ 51.077,17 (cinquenta e mil, setenta e sete reais e dezessete centavos) e danos morais no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Condenou, ainda, a requerida ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios no importe de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação.

Inconformada, a requerida UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs Recurso de Apelação (ID. 6959812).

Aduz que a incidência da legislação consumerista possui aplicação apenas subsidiária na



hipótese, incidindo no caso Lei n. 9.656/1998, por força do princípio da especialidade.

Afirma que o contrato de prestação de serviço celebrado entre as partes dispõe expressamente acerca da não cobertura e/ou ressarcimento nas hipóteses em que o beneficiário optar livremente pela utilização de serviços de hospital de table própria.

Argui que a Resolução Normativa n. 259/2011 da ANS é clara ao estabelecer que as operadoras de planos de saúde devem garantir o procedimento dentro da área de abrangência e na rede assistencial habilitada no ajuste firmado entre as partes.

Argumenta que a conduta da autora de exigir tratamento médico-hospitalar em hospital não conveniado e posteriormente requerer reembolso, ofenderia o princípio da boa-fé objetiva, bem como do equilíbrio, da transparência e harmonia nas relações de consumo.

Arrazoa que se eventualmente mantida a condenação ao reembolso das despesas médico-hospitalares, este deve ocorrer observando os limites da tabela contratual.

Pondera que o inadimplemento contratual não gera, isoladamente, danos morais, destacando que a autora não teria demonstrado as lesões extrapatrimoniais suportadas.

Sustenta, ainda, que o *quantum* indenizatório fixado a título de danos morais seria excessivamente elevado e que seria descabido a condenação ao pagamento dos múnus sucumbenciais.

Pleiteia, assim, pelo provimento do recurso de apelação para que reformada a sentença testilhada, seja julgado improcedente a demanda exordial, ou, alternativamente seja limitado o valor de reembolso e minorada a indenização por danos morais.

Em contrarrazões (ID. 6959919), a apelada refuta todos os argumentos trazidos pela recorrente, pugnando pelo desprovimento do recurso e manutenção integral da sentença ora vergastada

Intimada a se manifestar, a Doutra Procuradoria de Justiça afirmou inexistir interesse público na demanda a ensejar sua intervenção (ID. 7440284).

**É o Relatório.**





## **VOTO**

### **JUÍZO DE ADMISSIBILIDADE**

Avaliados, preliminarmente, os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pela apelante, tenho-os como regularmente constituídos, bem como atinentes à constituição regular do feito até aqui, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

### **QUESTÕES PRELIMINARES**

Face a ausência de questões preliminares, atenho-me ao exame do mérito da demanda.

### **MÉRITO**

Cinge-se a controvérsia recursal a regularidade da negativa de cobertura; a limitação do reembolso aos valores previstos na tabela contratual; a inoccorrência de danos morais e a necessidade de *quantum* indenizatório.

#### ***Do Dano Material (Reembolso)***

Analisando os autos, verifica-se ter restado incontroverso na hipótese, a existência de vínculo contratual entre os litigantes, atinente à prestação de serviços médicos e hospitalares, bem como a moléstia suportada pelo autora, que a sujeitou a internação e procedimento cirúrgico, com custo elevado, de modo que a questão controvertida a ser solucionada, então, reside na aferição da regularidade ou não da recusa da demandada em custear referido tratamento.

Pois bem, a autora era beneficiária de plano de saúde operado pela ora apelante, vínculo estabelecido através de contrato particular de serviços médicos, de cobertura nacional, garantindo a autora que os serviços contratados seriam prestados por meio dos médicos



cooperados e das cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, bem como que os hospitais de tabela própria, entendidos como aqueles que praticam sua própria tabela de preços e procedimentos, não se sujeitando a tabela de referência de terceiros, não estão incluídos no rol de prestadores de serviços médicos da Unimed, tampouco são alcançados pela cobertura do seguro.

Dessa forma, tendo a autora realizado internação e procedimento cirúrgico em hospital não credenciado, quando disponível o procedimento na rede conveniada ao plano de saúde, restaria afastado *a priori* a obrigatoriedade de reembolso pela operadora, exceto se demonstrada a situação de urgência ou emergência pela beneficiária.

Acerca da matéria, vejamos o posicionamento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça em embargos de divergência:

**EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DESPROVIDOS.** 1. Cinge-se a controvérsia em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a reembolsar as despesas médico-hospitalares relativas a procedimento cirúrgico realizado em hospital não integrante da rede credenciada. 2. O acórdão embargado, proferido pela Quarta Turma do STJ, fez uma interpretação restritiva do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, enquanto a Terceira Turma do STJ tem entendido que a exegese do referido dispositivo deve ser expandida. **3. O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento.** 4. Embargos de divergência desprovidos. (STJ - EAREsp: 1459849 ES 2019/0057940-8, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Julgamento: 14/10/2020, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 17/12/2020). (Grifei).

Ocorre que conforme enfatizado pelo julgador primevo, considerando a urgência que a condição de saúde da autora demandava, uma vez solicitada a realização do procedimento na instituição de saúde especializada, não se revela regular a posterior negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde apelante.

Dessa forma, o comportamento contraditório da apelante, no mínimo configura



inobservância ao dever de informação, intrínsecos as relações consumeristas, como a ocorrida na hipótese, que, frisa-se não conflita as disposições previstas na legislação especial no caso.

Ademais, entendo que diante de cenário emergencial e a falha nas informações fornecidas pela apelante, não era possível exigir da autora comportamento diverso, sob pena de colocar em risco o bem maior que é a vida, razão pela qual, persiste o dever da seguradora indenizar os danos materiais suportados.

Outrossim, a Lei n. 9.656/1998, em seu art. 12, inciso VI, prevê a hipótese de reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.

*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:*

*[...]*

*VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;*

Assim, na hipótese de reembolso a operadora responde pelas despesas, mas nos limites dos custos praticados na própria rede credenciada, consoante posicionamento perfilhado pelo Superior Tribunal de Justiça, conforme precedente, *in verbis*:

**RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HOSPITAL PRIVADO NÃO CREDENCIADO. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. AUSÊNCIA. RESSARCIMENTO DEVIDO, LIMITADO AO MONTANTE ESTABELECIDO CONTRATUALMENTE EM TABELA. MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. PRESERVAÇÃO DA BOA-FÉ. PROTEÇÃO DA CONFIANÇA. 1. Ação ajuizada em 28/9/2012. Recurso especial interposto em 30/6/2016. Autos conclusos ao Gabinete do Relator em**



18/6/2018. 2. O propósito recursal é definir se é cabível o reembolso de despesas, efetuadas por beneficiário de plano de saúde em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, em situação não caracterizada como caso de urgência ou emergência. 3. O comando do art. 12, VI, da Lei 9.656/98 dispõe, como regra, que o reembolso de despesas médicas em estabelecimentos não contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras está limitado às hipóteses de urgência ou emergência. **4. Todavia, a exegese desse dispositivo que mais se coaduna com os princípios da boa-fé e da proteção da confiança nas relações privadas - sobretudo considerando a decisão do STF, em repercussão geral (Tema 345), acerca do ressarcimento devido ao SUS pelos planos de saúde - é aquela que permite que o beneficiário seja reembolsado quando, mesmo não se tratando de caso de urgência ou emergência, optar pelo atendimento em estabelecimento não contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, respeitados os limites estabelecidos contratualmente.** 5. Esse entendimento respeita, a um só tempo, o equilíbrio atuarial das operadoras de plano de saúde e o interesse do beneficiário, que escolhe hospital não integrante da rede credenciada de seu plano de saúde e, por conta disso, terá de arcar com o excedente da tabela de reembolso prevista no contrato. 6. Tal solução reveste-se de razoabilidade, não impondo desvantagem exagerada à recorrente, pois a suposta exorbitância de valores despendidos pelos recorridos na utilização dos serviços prestados por médico de referência em seu segmento profissional será suportada por eles, dado que o reembolso está limitado ao valor da tabela do plano de saúde contratado. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO, COM MAJORAÇÃO DE HONORÁRIOS.

(STJ - REsp: 1760955 SP 2018/0144917-1, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Julgamento: 11/06/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 30/08/2019). (Grifei).

Da mesma forma vem se posicionando esta Colenda 2ª Turma de Direito Privado em casos similares, senão vejamos:

**APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES. HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. DEVER DEREEMBOLSO RECONHECIDO, DENTRO DOS LIMITES QUE A SEGURADORA PAGARIA A HOSPITAL CREDENCIADO. DANOS MORAIS PRESUMIDOS. RECURSO**



CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO, À UNANIMIDADE.

1. Aplicação do artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998, o qual estabelece o reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

**2. Para a preservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, é razoável determinar à demandada que restitua demandante o valor que seria despendido com hospital da rede credenciada.**

3. No caso em comento a obrigação de custeio de tratamento em hospital de tabela própria somente foi cumprida após ajuizamento de ação judicial, que, julgada procedente determinou ao ora apelante satisfação da obrigação contratual, o que confirma que as circunstâncias do caso concreto não recomendam o reconhecimento dos pressupostos exigidos para a configuração do dano moral.

4. Valor arbitrado em R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais) se mostra adequado para reparar os danos morais causados.

5. Recurso conhecido e parcialmente provido, à unanimidade.

(TJ-PA, 4954598, 4954598, Rel. RICARDO FERREIRA NUNES, Órgão Julgador 2ª Turma de Direito Privado, Julgado em 13-04-2021, Publicado em 20-04-2021). (Grifei).

Destarte, deve ser mantida a sentença primeva quanto ao reconhecimento do dever de reembolso pela operadora de plano de saúde apelante, impondo-se a reforma parcial da sentença para determinar que a restituição dos valores ocorra no limite que seria despendido com hospital da rede credenciada.

### ***Do Dano Moral***

Acerca do dano moral, sabe-se que a caracterização do dever de indenizar, condiciona-se, inafastavelmente, a presença dos elementos ensejadores da responsabilidade civil, quais sejam, o dano, o ato ilícito, e o nexo de causalidade entre ambos.

Noutras palavras, a indenização a título de dano extrapatrimonial, pressupõe a existência de três aspectos indispensáveis: a ilicitude do ato praticado, visto que os atos



regulares de direito não ensejam reparação; o dano, ou seja, a efetiva lesão suportada pela vítima e o nexo causal, sendo este a relação entre os dois primeiros, o ato praticado e a lesão experimentada.

Nesse sentido, preleciona a doutrina civilista pátria:

"Consiste a responsabilidade civil na obrigação que tem uma pessoa - devedora - de reparar os danos causados a outra - credora - dentro das forças de seu patrimônio, em decorrência de um ato ilícito ou de uma infração contratual. Visa ela, pois, a recompor o patrimônio do lesado ou compensá-lo pelos danos sofridos, desde que comprovado o nexo causal entre o ato praticado e o prejuízo da vítima".

(FELIPE, Jorge Franklin Alves. *Indenização nas Obrigações por Ato Ilícito*. 2. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, p. 13).

O dano moral, portanto, é lesão que integra os direitos da personalidade, tal como o direito à vida, à liberdade, à intimidade, à privacidade, à honra (reputação), à imagem, à intelectualidade, à integridade física e psíquica, de forma mais ampla a dignidade da pessoa humana.

Nessa esteira, tem-se que configura dano moral aquela lesão que, excedendo à normalidade, interfere intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem-estar.

O diploma cível pátrio estabelece expressamente em seu art. 186, a possibilidade de reparação civil decorrente de ato ilícito, inclusive nas hipóteses em que o dano seja de caráter especificamente moral.

*Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.*

No caso em exame, evidenciada a recusa indevida da cobertura médica, caracterizado revela o prejuízo moral, decorrente do abalo psicológico gerado por toda a situação experimentada pela autora que inegavelmente exasperou mero dissabor.

Outrossim, o dano extrapatrimonial no caso em comento configura-se na modalidade *in re ipsa* consoante entendimento já sedimentado pelo Superior Tribunal de Justiça, senão vejamos:



**“A jurisprudência desta Corte reconhece a ocorrência de dano moral in re ipsa nos casos em que houve a recusa indevida do plano de saúde de realização de procedimento cirúrgico necessário, porquanto há afronta à dignidade da pessoa humana. Precedentes: AgInt no REsp. 1.552.287/DF, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, DJe 3.4.2017; AgInt no REsp. 1.610.337/PR, Rel. Ministro. LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe 28.3.2017; AgInt no AREsp. 1.016.100/DF, Rel. Min. RAUL ARAÚJO, DJe 31.3.2017.”**

(STJ - AgInt no REsp 1385638/RS, Rel. Min. Napoleão Maia Filho, julgado em 28.11.2017). (Grifei).

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO. COBERTURA. **FORNECIMENTO DE STENT EM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COBERTO PELO PLANO. RECUSA INDEVIDA. DANO MORAL IN RE IPSA. CABIMENTO.** RECURSO MANIFESTAMENTE INADMISSÍVEL. INCIDÊNCIA DA MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC E HONORÁRIOS RECURSAIS DO ART. 85, §11º, DO NCPC. AGRAVO NÃO PROVIDO. [...] 2. O Superior Tribunal de Justiça entende que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. **3. A orientação desta Corte Superior é de que a recusa indevida ou injustificada pela operadora de plano de saúde em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, gera direito de ressarcimento a título de dano moral, em razão de tal medida agravar a situação tanto física quanto psicologicamente do beneficiário . Caracterização de dano moral in re ipsa.** 4. A operadora do plano de saúde não apresentou argumento novo capaz de modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado para negar provimento ao recurso especial por ela manejado, reconhecendo o cabimento da indenização por dano moral. [...].

(STJ – AgInt no Resp 1552287/DF, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/03/2017, DJe 03/04/2017). (Grifei).

Destarte, havendo a conduta ilícita consubstanciada na recusa indevida do fornecimento do tratamento, bem como a lesão extrapatrimonial decorrente dessa conduta, emerge o nexo de causalidade entre o dano e a ação, constituindo assim a responsabilidade civil e, por conseguinte o dever de indenizar.



## ***Do Quantum Indenizatório***

Acerca da justa definição do importe indenizatório a ser estabelecido em sede de dano extrapatrimonial, como se sabe é sempre uma questão de significativa complexidade, uma vez que inexistente critério objetivo para determinação exata do valor adequado a compensar a dor, o constrangimento, e as demais correlatas lesões a personalidade da pessoa atingida.

Nesta senda, imperioso é o ensinamento de Teresa Ancona Lopes de Magalhães:

"A ofensa derivada de lesão a um direito da personalidade não pode ficar impune e, dentro do campo da responsabilidade civil, a sua reparação tem que ser a mais integral possível para que, caso não possam as coisas voltar ao estado em que se encontravam antes, tenha a vítima do dano, pelo menos alguma satisfação ou compensação e, dessa forma, possa ver minorado o seu padecimento".

(MAGALHÃES, Teresa Ancona Lopez de. *O Dano Estético*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais).

Na verdade, o objetivo da indenização pecuniária decorrente de dano moral, não é repor um desfalque patrimonial, mas representar para o lesionado uma satisfação igualmente moral ou, que seja, psicologicamente capaz de neutralizar ou mitigar em parte o sofrimento impingido.

Assim, inexistindo fundamento para a mensuração objetiva do *quantum*, deve o julgador arbitrá-lo mediante estimativa que considere a necessidade de, com a quantia, minorar a lesão imposta ao ofendido, sem, contudo, assentar-se em elementos unicamente subjetivos.

*In casu*, observando os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, ainda em atenção as peculiaridades do caso em análise, tenho que o *quantum* indenizatório perfilhado na decisão recorrida, no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), revela-se adequado, razoável e proporcional ao dano experimentado.

Destaca-se que o importe fixado pelo juízo de 1º grau, encontra-se dentro dos patamares perfilhado pela jurisprudência deste Tribunal em casos similares, conforme precedente, *in verbis*:

**AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS DEVIDA. DECISÃO MONOCRÁTICA QUE SE EMBASA EM PRECEDENTES DO STJ E DOS TRIBUNAIS PÁTRIOS. QUANTUM INDENIZATÓRIO FIXADO EM R\$ 100.000,00. AGRAVO INTERNO**





**PARCIALMENTE PROVIDO, APENAS, PARA REDUZIR A INDENIZAÇÃO DE DANOS MORAIS PARA R\$ 20.000,00 ADEQUANDO-SE AOS PRECEDENTES EM CASOS SEMELHANTES.**

- A negativa de cobertura de procedimento de emergência é ilegal e gera dano moral, tendo em vista que agrava o sofrimento psíquico do usuário que já se encontra com saúde debilitada.
- O valor da indenização por danos morais deve ser fixado considerando o grau da responsabilidade atribuída ao réu, a extensão dos danos sofridos pela vítima, bem como os princípios constitucionais da razoabilidade e da proporcionalidade.
- Neste pensamento, considerando que os danos morais devem se limitar a recusa de cobertura, já que a morte da usuária, não é objeto da ação tenho que o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) é desarrazoado e desproporcional.
- Indenização reduzida para R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). ((2020.01611484-86, Não Informado, Rel. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE, Órgão Julgador 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 2020-08-11, Publicado em 2020-08-11)

Destarte, tem-se que o valor fixado na sentença vergastada, mostra-se suficiente para compensar adequadamente os danos extrapatrimoniais sofridos, não sendo exacerbado ao ponto de ensejar a sua minoração.

**DISPOSITIVO**

Ante o exposto, **CONHEÇO** do Recurso de Apelação e **DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO**, apenas para determinar que o reembolso ocorra no limite do que seria despendido pela apelante em hospital da rede credenciada, mantendo a sentença vergastada em seus demais termos.

**É COMO VOTO.**



## EMENTA

**APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA – SITUAÇÃO DE URGÊNCIA EVIDENCIADA – DEVER DE INFORMAÇÃO NÃO OBSERVADO – REEMBOLSO DEVIDO – RESTITUIÇÃO QUE DEVE OCORRER NO LIMITE DO QUE SERIA PAGO A REDE CREDENCIADA – SITUAÇÃO QUE EXASPERA O MERO DISSABOR – LESÃO EXTRAPATRIMONIAL CONFIGURADA – DANO MORAL *IN RE IPSA* – *QUANTUM* INDENIZATÓRIO – R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS) – PATAMAR RAZOÁVEL – RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.**

**1 – No presente caso, considerando a urgência que a condição de saúde da autora demandava (câncer de mama), uma vez solicitada a realização do procedimento na instituição de saúde especializada, não se revela regular a posterior negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde apelante.**

**2 – Ademais, entende-se que diante do cenário emergencial e a falha nas informações fornecidas pela apelante, não era possível exigir da autora comportamento diverso, sob pena de colocar em risco o bem maior que é a vida, razão pela qual, persiste o dever da seguradora indenizar os danos materiais suportados.**

**3 – Outrossim, a Lei n. 9.656/1998, em seu art. 12, inciso VI, prevê a hipótese de reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.**

**4 – Assim, na hipótese de reembolso a operadora responde pelas despesas, mas nos limites dos custos praticados na própria rede credenciada, consoante posicionamento perfilhado pelo Superior Tribunal de Justiça.**

**5 – Evidenciada a recusa indevida da cobertura médica, caracterizado revela o dano moral, decorrente do abalo psicológico gerado por toda a situação experimentada pela autora que inegavelmente exasperou mero dissabor, que, na hipótese, configura-se na modalidade *in re ipsa*.**

**6 – Observando os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, ainda em atenção as peculiaridades do caso em análise, tenho que o *quantum* indenizatório perfilhado na decisão recorrida, no montante de R\$ 20.000,00 (dez mil reais), revela-se adequado, razoável e proporcional ao dano experimentado.**

**7 – Recurso Conhecido e Parcialmente Provido apenas para determinar que o reembolso ocorra no limite do que seria despendido pela apelante em hospital da rede credenciada, mantendo a sentença vergastada em seus demais termos.**



**Vistos, relatados e discutidos estes autos de APELAÇÃO CÍVEL, tendo como apelante UNIMED BELÉM e apelada ANA IRENE ALVES DE OLIVEIRA**

**Acordam os Excelentíssimos Desembargadores, Membros da 2ª Turma de Direito Privado deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, em CONHECER DO RECURSO E DAR-LHE PARCIAL PROVIMENTO, nos termos do voto da Excelentíssima Desembargadora-Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães.**

