



Número: **0866777-39.2020.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **1ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**

Última distribuição : **20/07/2022**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Processo referência: **0866777-39.2020.8.14.0301**

Assuntos: **Serviços Hospitalares, Práticas Abusivas**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELANTE)		DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)	
MILENA MENDONÇA DOS SANTOS (APELADO)		VANESSA HOLANDA DE ARAUJO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
11241767	28/09/2022 21:53	Sentença	Sentença

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

ORIGEM: JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL DE BELÉM

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0866777-39.2020.8.14.0301

APELANTE: UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELADA: MILENA MENDONÇA DOS SANTOS

RELATORA: DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS C/ PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. RECUSA DO PLANO DE SAÚDE EM ARCAR COM FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO TOXINA BOTULÍNICA 100 U. ALEGAÇÃO DO REQUERIDO DE QUE O ROL DA ANS É TAXATIVO, NÃO CONTEMPLANDO TAL FÁRMACO. INADMISSIBILIDADE. DIREITO À SAÚDE E À VIDA. RECUSA INJUSTA, QUE CONTRARIA A FINALIDADE DO CONTRATO E REPRESENTA ABUSIVIDADE À LUZ DO CDC. INCIDÊNCIA DO ART. 12, I, ALÍNEA B, DA LEI 9.656/98. TRATAMENTOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, SOLICITADOS PELO MÉDICO ASSISTENTE. COBERTURA DEVIDA. ROL EXEMPLIFICATIVO. DANOS MORAIS DEVIDOS. QUANTIFICAÇÃO EM PATAMAR RAZOÁVEL E PROPORCIONAL. PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

DECISÃO MONOCRÁTICA

Trata-se de **APELAÇÃO** interposta por **UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, contra sentença proferida pelo MM. Juiz da 4ª Vara Cível e Empresarial de Belém, nos autos de **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS C/ PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA** proposta por **MILENA MENDONÇA DOS SANTOS** contra a ora Apelante.

Narra a Autora, em sua petição inicial, que mantém contrato de plano de assistência médica e hospitalar com a empresa requerida desde 12 de janeiro de 2005, bem como que desde a adolescência sofre com crises de enxaqueca (**migrânea crônica – CID G43.3**), as quais, nos últimos anos, se agravaram a ponto de durar semanas, o que viria afetando sua vida funcional e psicossocial, apesar do uso contínuo de diversos fármacos.



Alega que seu médico neurologista já lhe receitou diversas terapias medicamentosas, porém não foram capazes de aliviar a dor suportada pela requerente, razão pela qual indicou uma terapia alternativa que tem se mostrado bastante eficiente em casos semelhantes, qual seja, aplicação de toxina botulínica “na região do trapézio bilateralmente, corrugador, frontal, occipital, cervical paraespinal e temporal para tratamento de espasticidade focal disfuncional e distonia”, o que viria a auxiliar no alívio das dores causadas pela enxaqueca.

Sustenta, todavia, que, apesar da solicitação médica de “toxina botulínica 100 U - 2 frascos”, o pedido lhe foi negado pelo plano demandado, sob a alegação de que tal procedimento não possui cobertura.

Diante disso, requereu, a título de tutela provisória de urgência, a imediata determinação à Requerida, ora Apelante, de que cobrisse o fornecimento da medicação receitada pelo médico competente, necessária para o tratamento da patologia que acomete a Autora.

O Juízo *a quo* deferiu o pedido *in limine*, da seguinte forma (**ID Num. 8149431**):

“(…) Posto isto, e mais o que dos autos consta, por ver configurado e de modo suficiente os requisitos previstos em lei, com cetero, demais, no CPC/2015, arts. 294 e 300, caput e §3º, **DEFIRO** o pedido de antecipação dos efeitos da tutela para determinar que a requerida, no prazo de 48h (quarenta e oito horas), a contar da intimação da presente decisão, **AUTORIZE e FORNEÇA a medicação de toxina botulínica necessária para o tratamento da patologia que acomete a requerente (migrânea crônica/enxaqueca), conforme indicado em laudo médico**, durante o tempo necessário segundo prescrição médica, conforme descrito na inicial, sob pena de, não o fazendo, incorrer em multa diária de R\$ 500,00 (quinhentos reais), até o limite de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), a ser revertida em favor da parte requerente. (...)”

Inconformada, a Agravante interpôs recurso de Agravo de Instrumento (nº 0812850-91.2020.8.14.0000), defendendo a reforma do *decisum*, pois o rol da ANS não prevê o fornecimento do medicamento solicitado, além do que o referido somente é fornecido em hipóteses excepcionais, não sendo o caso da ora Apelada.

Requereu a concessão de efeito ativo para suspender a tutela de urgência concedida pelo juízo *a quo*, e ao final pugnou pelo provimento do recurso para reformar a decisão combatida.

Tal recurso, distribuído à minha relatoria, restou conhecido e improvido, mediante



decisão de **ID Num. 4535940**, assim ementada:

AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO ORDINÁRIA – RECUSA DO PLANO DE SAÚDE EM ARCAR COM MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO – INADMISSIBILIDADE – RECUSA INJUSTA, QUE CONTRARIA A FINALIDADE DO CONTRATO E REPRESENTA ABUSIVIDADE À LUZ DO CDC – COBERTURA DEVIDA – RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

Após, a ora Apelante interpôs Agravo Interno, sendo julgado prejudicado ante a perda do objeto, tendo em vista que proferida sentença nos presentes autos.

Transcrevo o dispositivo do julgado (**ID Num. 8149463**):

(...) Ante o exposto, **julgo procedente** o pedido e, por consequência, extingo o processo com resolução do mérito, na forma do art. 487, I, do CPC/2015, para:

CONFIRMAR a tutela deferida no ID 21606229, tornando-a definitiva;

CONDENAR a requerida ao pagamento de Indenização por Danos Morais à parte autora, no importe de R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais), com correção monetária pelo INPC a partir da data de seu arbitramento nesta sentença até seu efetivo pagamento (Súmula STJ, 362), além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação (art. 405, CC).

CONDENAR a parte requerida ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como dos honorários advocatícios, ora fixados em 10% sobre o valor da condenação; (...)

A ora Apelante opôs Embargos de Declaração (**ID Num. 8149482**) visando sanar supostos vícios de omissão existentes na sentença.

Após, o juízo *a quo* proferiu sentença rejeitando os aclaratórios, mantendo os termos do ato sentencial (**ID Num. 8149486**).

A Ré, então, interpôs Apelação (**ID Num. 8149494**), sustentando a existência de *error in iudicando*, uma vez que sua negativa de cobertura teria se dado em cumprimento ao disposto na Lei 9.656/1998 e Resoluções Normativas da ANS, configurando exercício regular de direito, por ser o rol de medicamentos da Agência taxativo.



Defende a inexistência de ato ilícito; a aplicação subsidiária do Código de Defesa do Consumidor, havendo lei especial a derrogar lei geral.

Assevera que o procedimento requerido pela parte adversa, qual seja, aplicação de toxina botulínica, estaria sujeito à Diretriz de Utilização nº 8, de modo que a patologia que acomete a Apelada, MIGRÂNEA CRÔNICA, não se coadunaria ao disposto referida diretriz.

Aduz a ausência de demonstração de danos morais pela Apelada e que a mera inadimplência contratual não é passível de gerar indenização de tal natureza.

Ao final, requereu a concessão do efeito suspensivo e, no mérito, o provimento do recurso.

Juntou documentos.

Contrarrazões no **ID Num. 8149499**.

É o relatório.

DECIDO.

Com efeito, de acordo com o artigo 932, inciso IV e V alíneas “a”, do NCPC, o relator do processo está autorizado em demandas repetitivas apreciar o mérito recursal, em decisão monocrática, referida previsão está disciplinada no art. 133, do Regimento Interno desta Corte, que visa dar cumprimento ao art. 926, §1º, do NCPC. Vejamos:

Art. 926. Os tribunais devem uniformizar sua jurisprudência e mantê-la estável, íntegra e coerente.

§ 1º Na forma estabelecida e segundo os pressupostos fixados no regimento interno, os tribunais editarão enunciados de súmula correspondentes a sua jurisprudência dominante.

Gize-se, ainda, que tais decisões têm por finalidade desafogar os Órgãos Colegiados, buscando dar mais efetividade ao princípio da celeridade e economia processual, sem deixar de observar, por óbvio, as garantias constitucionais do devido processo legal, do contraditório e da



ampla defesa.

Assim, plenamente cabível o julgamento do recurso por meio de decisão monocrática, porque há autorização para tanto no sistema processual civil vigente.

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do recurso.

Cinge-se a controvérsia recursal à possibilidade de fornecimento do medicamento “toxina botulínica 100 U - 2 frascos” pela operadora do Plano de Saúde **UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, à Autora/Apelada, diagnosticada com migrânea crônica – CID G43.3, conforme receitado por profissional competente.

O referido negócio jurídico encontra-se regulamentado pela Lei nº 9.656/1988, a qual dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde, uma vez que se trata de plano de saúde, conforme demonstrado na proposta de admissão no nome da Apelante (**ID Num. 8149257**).

Compulsando os autos, entendo estar demonstrada que a recorrida está acometida da patologia **MIGRÂNEA CRÔNICA**, necessitando do medicamento acima citado, nos termos do laudo médico e da receita (**ID Num. 8149260**).

Com efeito, observa-se que o Juízo *a quo* agiu de forma acertada, quando do proferimento do ato sentencial, haja vista que a operadora de saúde possui responsabilidade quanto à cobertura do medicamento/tratamento indicado para a recorrida.

Não se trata de responsabilizar as operadoras de planos de saúde, pela saúde integral dos cidadãos, obrigação do Estado, mas, sim, de responsabilizá-las pelas obrigações contratualmente assumidas, das quais não podem se desvincular a qualquer pretexto.

Ademais, conforme Súmula 608 do STJ, a relação jurídica entre a seguradora e o segurado de plano de saúde é consumerista, salvo os administrados por entidades de autogestão, razão pela qual a cláusula contratual que limita a cobertura de procedimentos médicos aos constantes no rol da ANS coloca o consumidor em flagrante desvantagem, devendo ser considerada abusiva por afronta aos artigos 4º, 51, do CDC:

SÚMULA 608 STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.



Observa-se que o plano de saúde recorreu a esta instância, sob o fundamento de que o rol da ANS é taxativo e não exemplificativo e que o medicamento receitado para a Apelada não está incluído na cobertura estipulada pela ANS, cfe. Resolução Normativa n.º 465 de 24 de fevereiro de 2021.

Consigno, de pronto, que a questão da discussão travada nos autos do EREsp nº 1886929 / SP (2020/0191677-6), ocorrido na Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), **não tem aplicabilidade, porque o feito ainda não transitou em julgado**, inclusive, estando a matéria já judicializada no STF na ADI 7183 e ADPF 986.

Neste sentido, veja-se o julgado:

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Tutela antecipada deferida para que a ré providencie o custeio do tratamento do qual o autor necessita. Tratamento para autismo. Insurgência da requerida. Requisitos do art. 300, do CPC, não demonstrados. Autor possui diversos atrasos no desenvolvimento e limitações em razão da patologia que o acomete. Relatório médico que descreve precisamente o quadro do autor e evidencia a necessidade do tratamento prescrito, sob pena de comprometimento de sua saúde. Contrato deve ser interpretado em favor do consumidor. Em princípio, se a doença tem cobertura contratual, os tratamentos disponíveis pelo avanço da medicina também estarão cobertos. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura e custeio de tratamento sob o argumento de natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS. **Neste momento processual, não há aplicabilidade do EREsp 1.886.929, vez que ainda não disponibilizado o Acórdão.** Decisão vencedora sem caráter vinculante, por maioria de votos, envolvendo direitos constitucionais. Agravo não provido.

(TJ-SP - AI: 20699595820228260000 SP 2069959-58.2022.8.26.0000, Relator: Edson Luiz de Queiróz, Data de Julgamento: 21/06/2022, 9ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 21/06/2022)

Ultrapassado tal ponto, veja-se que a Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, prevê, em seu art. 12, inciso I, alínea 'b', ampliação de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo a exigência mínima, quando incluir atendimento ambulatorial, inclusive, para fins de **tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente**, caso dos autos. Assim prevê o dispositivo:



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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

(...)

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Atente-se que o fato de o tratamento prescrito não preencher os requisitos previstos pelas Diretrizes de Utilização (DUT) não obsta sua cobertura, notadamente, quando indispensável para promover a cura da doença ou, ao menos, garantir o a melhora na qualidade de vida da paciente.

Neste sentido, os seguintes arestos jurisprudenciais, referentes a processos que contemplavam especificamente o medicamento versado nos presentes autos:

PLANO DE SAÚDE. MIGRÂNEA (ENXAQUECA). TRATAMENTO COM TOXINA BOTULÍNICA. NEGATIVA DE COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR. ILEGALIDADE. INCIDÊNCIA DA LEI Nº 9.656/98. INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. QUESTÃO SUMULADA PELO TRIBUNAL. RECURSO NÃO PROVIDO. Negativa de cobertura de tratamento para migrânea (enxaqueca) – Aplicação de toxina botulínica. Impossibilidade. Incidência da Lei nº 9.656/98. Incidência da Lei nº 8.078/90, conforme sumulado pelo E. STJ. Ademais, a alegação de não constar o tratamento nos róis da ANS é irrelevante, porquanto tais relações não podem suplantam a lei, mas apenas torná-la exequível. Súmulas deste E. Tribunal de Justiça. Sentença mantida. Recurso não provido.

(TJ-SP - AC: 10009908520198260073 SP 1000990-85.2019.8.26.0073, Relator: J.B. Paula Lima, Data de Julgamento: 19/12/2019, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 19/12/2019)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - OPERADORA DE SAÚDE - PACIENTE COM MIGRANÊA CRÔNICA - INDICAÇÃO DO TRATAMENTO COM TOXINA BOTULÍNICA - NEGATIVA INDEVIDA - COBERTURA OBRIGATÓRIA - DANO MORAL. O plano de saúde não pode se recusar a custear tratamento indicado pelo médico, pois cabe a este definir qual é a melhor terapia para o paciente. **O fato de o tratamento prescrito não preencherem os requisitos previstos pelas Diretrizes de Utilização (DUT), não obsta sua cobertura. O fornecimento do medicamento Toxina Botulínica se mostra indispensável para**



promover a cura da doença ou, ao menos, garantir o a melhora na qualidade de vida da paciente, mormente pelo fato de ter sido necessária a suspensão do tratamento com outros fármacos.

Considerando-se ilicitude da recusa da operadora do plano de saúde em arcar com os custos dos materiais necessários à realização do procedimento médico essencial à saúde da parte autora, bem como a dor e aflição suportadas por ela, cabível a indenização por danos morais, em observância aos princípios da dignidade da pessoa humana e do direito social à saúde. Não existe parâmetro objetivo para se aferir e quantificar o abalo psíquico sofrido pela vítima de danos na sua esfera moral, sendo que o valor da indenização deve atender às circunstâncias do caso concreto, não podendo ser irrisório a ponto de nada representar ao agente que sofre a agressão, assim como não pode ser elevado a ponto de propiciar enriquecimento sem causa.

(TJ-MG - AC: 10000204621536002 MG, Relator: Marco Aurelio Ferenzini, Data de Julgamento: 06/05/2021, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 06/05/2021)

No sentido do cabimento da cobertura do mencionado fármaco, ainda que não previsto expressamente no rol da ANS, tem-se o seguinte julgado:

PLANO DE SAÚDE – Negativa de cobertura de aplicação de toxina botulínica para tratamento de hiperidrose, pelo tratamento não contar com previsão no rol da ANS – Aplicação do CDC – Justificativa do tratamento necessário à melhora do quadro clínico da paciente - Não excluindo o contrato o tratamento da doença, não podem ser excluídos os procedimentos, exames, materiais e medicamentos necessários à cura – Precedentes do STJ e aplicação da Súmula 102 do TJSP – Recurso desprovido.

(TJ-SP - AC: 10190744520188260405 SP 1019074-45.2018.8.26.0405, Relator: Alcides Leopoldo, Data de Julgamento: 27/05/2020, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 27/05/2020)

Por fim, registra-se que a jurisprudência das Turmas da Segunda Seção do STJ é firme no sentido de que **"é abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de arcar com a cobertura do medicamento prescrito pelo médico para o tratamento do beneficiário, sendo ele *off label*, de uso domiciliar, ou ainda não previsto em rol da ANS, e, portanto, experimental, quando necessário ao tratamento de enfermidade objeto de cobertura pelo contrato"** (Aglnt no REsp n. 1.849.149/SP, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/3/2020, DJe 1º/4/2020). Nesse mesmo sentido:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE



USO DOMICILIAR. RECUSA. CONDOTA ABUSIVA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. É possível que o plano de saúde estabeleça as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado, sendo abusiva a negativa de cobertura do procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para sua realização, de acordo com o proposto pelo médico. Precedentes. **2. A jurisprudência desta Corte firmou o entendimento de que é "abusiva a recusa de custeio do medicamento prescrito pelo médico responsável pelo tratamento do beneficiário, ainda que ministrado em ambiente domiciliar" (AgInt no AREsp 1.433.371/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 17/9/2019, DJe de 24/9/2019).** 3. Agravo interno a que se nega provimento.

(STJ - AgInt no REsp: 1813476 SP 2019/0132292-5, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 25/05/2020, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 04/06/2020)

Ademais, houve recentes alterações na Lei 9.656/98, em virtude da publicação da Lei Federal nº 14.454, de 21/09/2022, no sentido de estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, reforçando o caráter exemplificativo da lista da ANS.

Senão, vejamos os recém-inseridos §§12 e 13 do art. 10, do citado diploma legal:

Art. 10 (*omissis*)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico:

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.



Assim, sendo a saúde e a vida direitos fundamentais garantidos constitucionalmente, não há razões plausíveis para a reforma do *decisum* (**ID Num. 8149463**), não podendo a Apelante se eximir de cumprir o que determina a decisão recorrida, devendo assim, disponibilizar à Autora/Apelada, no prazo fixado pelo juízo *a quo*, o fornecimento do medicamento “**toxina botulínica 100 U**”, conforme o tratamento solicitado pelo médico para esta.

DANOS MORAIS

No que tange à indenização por danos morais arbitrada em sentença, entendo ser cabível.

Veja-se que a recusa da Apelante é ilegítima, devendo o plano de saúde custear os procedimentos e os tratamentos indicados pelo médico. Ademais, a escolha do método mais adequado à paciente compete exclusivamente ao profissional médico, de acordo com o procedimento a ser realizado e considerando as particularidades da segurada, sendo inadmissível a interferência da seguradora.

De fato, a negativa de cobertura ofende a boa-fé que deve nortear os contratos consumeristas, cabendo, pela pertinência, trazer à colação a lição de NELSON NERY JUNIOR, *in verbis*:

“Quem quer contratar plano de saúde quer cobertura total, como é óbvio. Ninguém paga plano de saúde para, na hora em que adoecer, não poder ser atendido. De outro lado, se o fornecedor desse serviço exclui de antemão determinadas moléstias, cujo tratamento sabe dispendioso, estará agindo com má-fé, pois quer receber e não prestar o serviço pretendido pelo consumidor” (Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, Forense Universitária, 8ª Edição, página 570).

Nesse sentido, é a orientação o C. Superior Tribunal de Justiça:

“O plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não pode limitar o tipo de tratamento a ser utilizado pelo paciente. Precedentes” (AgRg no AREsp 345.433/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 20/08/2013, DJe 28/08/2013).

“Recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, da cobertura financeira do tratamento médico do beneficiário (radioterapia). Ainda que admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil



compreensão), revela-se abusivo o preceito do contrato de plano de saúde excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico coberto ou de internação hospitalar. Precedentes” (AgRg no AREsp 192.612/RS, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 20/03/2014)

Ainda sobre o tema:

CIVIL, PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. APELAÇÃO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS POR INDICAÇÃO MÉDICA. RECUSA. APLICAÇÃO DO CDC. SÚMULA 469 DO STJ. QUEBRA DA BOAFÉ CONTRATUAL. DANOS MATERIAIS E MORAIS CONFIGURADOS. OCORRÊNCIA DE ABALO MORAL. PREJUÍZO IN RE IPSA. QUANTUM INDENIZATÓRIO. OBEDIÊNCIA AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE. MANUTENÇÃO DO VALOR FIXADO NA SENTENÇA. CONDIÇÕES SÓCIOECONÔMICAS DAS PARTES. SENTENÇA MANTIDA. 1. A Lei nº 9.656/98 veda expressamente práticas abusivas perpetradas pelas operadoras de plano de saúde, tais como a negativa infundada de realização de exames e de procedimentos cirúrgicos. 2 Em atenção ao enunciado da Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, há se afirmar que a negativa da operadora de plano de saúde, sob o fundamento de que o procedimento não está previsto no rol da ANS, frustra a legítima expectativa gerada no consumidor no momento da contratação, ofendendo a boa-fé que os contratantes, por imposição legal, devem guardar. 3. A negativa da seguradora quanto aos procedimentos médicos solicitados, incluindo o PET-CT, é abusiva, pois coloca o segurado em desvantagem exagerada. 4. In casu, a seguradora não só descumpriu a legislação, como deu ensejo à compensação pelos danos morais sofridos pelo autor, cuja natureza é in re ipsa, ou seja, decorre do próprio evento ofensivo. 5. A compensação pecuniária por danos morais, não obstante a responsabilidade objetiva do segurador, somente tem vez quando presentes também o dano e a relação de causa e efeito entre este e a ação ou omissão do segurador. 6. Recurso da Ré conhecido e parcialmente provido. Recurso adesivo da Autora não provido. (Acórdão n.920013, 20140111104198APC, Relator: CARLOS RODRIGUES, Revisor: ANA MARIA DUARTE AMARANTE BRITO, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 28/01/2016, Publicado no DJE: 23/02/2016. Pág.: 355)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO PRESCRITO POR PROFISSIONAL DA MEDICINA. URGÊNCIA EVIDENCIADA. LIMITAÇÃO INDEVIDA. PRECEDENTES DO STJ. REQUISITOS DO ART. 300 DO CPC PREENCHIDOS. IRREVERSIBILIDADE NÃO CARACTERIZADA. MULTA DIÁRIA. PROPORCIONALIDADE. RECURSO NÃO PROVIDO. 1. No caso em apreço, da análise dos elementos trazidos à colação, observa-se que, segundo orientação médica, foi prescrito em favor da menor tratamento quimioterápico, impondo destacar que se mostra



desnecessária a realização de consulta prévia para delimitação da terapêutica em questão, visto que, logicamente, o destinatário do relatório oncológico acostado aos autos procederá estritamente de acordo com o determinado pelo profissional que o subscreveu. 2. Quanto a multa diária estabelecida, no importe de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por dia de descumprimento, percebe-se que foi observado o postulado da proporcionalidade, diante da gravidade da doença que aflige a recorrida e a urgência na realização do tratamento. (Classe: Agravo de Instrumento, Número do Processo: 0023554-56.2017.8.05.0000, Relator(a): José Edivaldo Rocha Rotondano, Quinta Câmara Cível, Publicado em: 01/02/2018)

Resta evidente, portanto, que não merece acolhimento o argumento de inexistência de danos morais indenizáveis, já que a recusa engendrada pela Ré/Apelante configurara restrição de direito fundamental inerente ao contrato e dá ensejo à reparação a título de danos morais.

Assim, com relação ao *quantum* indenizatório, entendo que o valor de R\$2.200,00 (dois mil e duzentos reais) fixado pelo magistrado *a quo* deve ser mantido, pois lastreado nos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, sendo este valor adequado e suficiente à reparação dos danos sofridos pela Autora, bem como satisfatório ao cunho sancionador da medida.

Sobre o tema, pertinente a lição de Maria Helena Diniz:

Na reparação do dano moral, o magistrado deverá apelar para o que lhe parecer equitativo ou justo, agindo sempre com um prudente arbítrio, ouvindo as razões das partes, verificando os elementos probatórios, fixando moderadamente uma indenização. O valor do dano moral deve ser estabelecido com base em parâmetros razoáveis, não podendo ensejar uma fonte de enriquecimento nem mesmo ser irrisório ou simbólico. A reparação deve ser justa e digna. Portanto, ao fixar o quantum da indenização, o juiz não procederá a seu bel prazer, mas como um homem de responsabilidade, examinando as circunstâncias de cada caso, decidindo com fundamento e moderação. (Revista Jurídica Consulex, n. 3, de 31.3.97).

Deste modo, entendo ser adequada a decisão do Juízo de piso que julgou procedente o pleito inicial, uma vez que a Apelante não trouxe qualquer fundamento capaz de desconstituir a decisão vergastada.

DISPOSITIVO



Ante o exposto, **CONHEÇO da Apelação, mas NEGO-LHE PROVIMENTO**, para manter incólume a sentença guerreada, nos termos da fundamentação.

Em atenção ao que determina o artigo 85, §11, do Código de Processo Civil/2015, majoro os honorários advocatícios sucumbenciais para 12% (doze por cento) sobre o valor da condenação, a serem pagos exclusivamente por **UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**.

P. R. I. C.

Belém/PA, data conforme registro do sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora

