



Número: **0828313-14.2018.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

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

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

Última distribuição : **28/09/2023**

Valor da causa: **R\$ 19.080,00**

Processo referência: **0828313-14.2018.8.14.0301**

Assuntos: **Abatimento proporcional do preço**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA (APELANTE)	ISAAC COSTA LAZARO FILHO (ADVOGADO) NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES (ADVOGADO) LEONARDO AMARAL PINHEIRO DA SILVA (ADVOGADO)
ALESSANDRA VELOSO FONSECA (APELADO)	

Outros participantes	
MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO PARA (AUTORIDADE)	JORGE DE MENDONCA ROCHA (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
22270755	24/09/2024 19:16	Acórdão	Acórdão

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0828313-14.2018.8.14.0301

APELANTE: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

APELADO: ALESSANDRA VELOSO FONSECA

RELATOR(A): Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

EMENTA

EMENTA

AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA DE EXAMES. INCLUSÃO NO ROL DA ANS. DANO MORAL IN RE IPSA. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em exame: Trata-se de Agravo Interno interposto por Hapvida Assistência Médica Ltda., insurgindo-se contra decisão monocrática que negou provimento ao recurso de apelação, mantendo a condenação da recorrente ao custeio de exames não incluídos no rol da ANS, bem como ao pagamento de indenização por danos morais.

II. Questão em discussão: Verifica-se a possibilidade de julgamento monocrático em sede de apelação e a obrigação do plano de saúde de custear exames não incluídos no rol da ANS, além da configuração de dano moral in re ipsa decorrente da negativa de cobertura.

III. Razões de decidir: A decisão monocrática se encontra em consonância com o entendimento consolidado do STJ, segundo o qual o rol da ANS é taxativo, admitindo-se exceções quando não houver tratamento alternativo eficaz previsto. Restou demonstrada a abusividade da conduta do plano de saúde ao negar a cobertura dos exames necessários ao restabelecimento da saúde da paciente, configurando o dano moral in re ipsa. O julgamento monocrático visa dar celeridade ao trâmite processual, em consonância com precedentes do STJ e as disposições do Código de Processo Civil.

IV. Dispositivo e tese: Negado provimento ao Agravo Interno, mantendo-se a decisão monocrática recorrida que determinou o custeio dos exames e a indenização por danos morais.

Tese fixada: "O rol de procedimentos da ANS é taxativo, admitindo exceções em situações específicas (REsp 1.886.929/SP e o REsp 1.889.704/SP (DJe 3/8/2022)), caracterizando-se a negativa injustificada de cobertura como prática abusiva, ensejando reparação por danos morais."

Legislação e Jurisprudência Relevantes:

- Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990);
- Lei nº 9.656/1998 (Planos de Saúde);



- Precedentes do STJ: EREsp 1.886.929/SP e EREsp 1.889.704/SP.
- Súmula 608 do STJ: Aplica-se o CDC aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

ACÓRDÃO

Vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Privado, na 34ª Sessão Ordinária de 2024, realizada por meio da ferramenta plenário virtual, sistema PJE, à unanimidade, em conhecer e negar provimento ao recurso, nos termos do voto da Desembargadora Relatora.

Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Sr. Desembargador CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO.

Belém (PA), data registrada no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora

RELATÓRIO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL N. 0828313-14.2018.8.14.0301

AGRAVANTE: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

AGRAVADO: ALESSANDRA VELOSO FONSECA

RELATORA: DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

RELATÓRIO

Trata-se de **AGRAVO INTERNO** interposto por HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA em face da decisão monocrática de ID Num. **3245356** que negou provimento ao recurso de apelação interposto pela ora agravante em face de ALESSANDRA VELOSO FONSECA.

Na origem, a autora em petição inicial de ID Num 3239094 discute a litude de negativa de cobertura de realização de exames PPD (teste de tuberculose) ou MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG/IGM, em razão de não se encontrar no rol da ANS.

Foi concedida a tutela de urgência na decisão de ID Num 4504615.

Fora apresentada contestação de ID Num 4878665, na qual a agravante/ré defende, em suma, a litude da negativa de cobertura tendo em vista que o referido exame não se encontra no rol da ANS, bem como a inexistência de dano moral indenizável.

Sobreveio sentença no ID Num 3239203 com o seguinte dispositivo:

ISTO POSTO, ANTE AS RAZÕES FÁTICAS E JURÍDICAS EXPENDIDAS, JULGO PROCEDENTES OS PEDIDOS INICIAIS, PARA CONFIRMAR, POR SENTENÇA, A TUTELA DE URGÊNCIA CONCEDIDA, E CONDENAR A REQUERIDA A REPARAR OS DANOS MORAIS SOFRIDOS PELA AUTORA NO VALOR DE R\$5.000,00 (CINCO MIL REAIS), QUE DEVERÁ SER CORRIGIDO PELO INPC E ACRESCIDO DE JUROS DE MORA DE 1% AO MÊS, A CONTAR DA PUBLICAÇÃO DESTA DECISÃO.

CONDENO A REQUERIDA AO PAGAMENTO DAS CUSTAS PROCESSUAIS E HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA QUE ARBITRO EM 10% DO VALOR DADO À CAUSA.

DETERMINO A EXTINÇÃO DO PROCESSO COM A RESOLUÇÃO DO MÉRITO, FORTE NO ART. 487, INCISO I, DO CPC.

CERTIFICADO O TRÂNSITO EM JULGADO, ARQUIVE-SE OS AUTOS, DANDO-SE BAIXA EM DEFINITIVO.

PRIC.

Belém (Pa)., 05 de junho de 2019.

Silvio César dos Santos Maria

Juiz de Direito da 3ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém

O réu apresentou recurso de apelação (ID Num. 3239211), alegando que a autora ajuizou a presente ação relatando que, por orientação médica, sua filha recebeu solicitação para realizar os procedimentos de PPD ou *mycobacterium tuberculosis igg/igm*, entretanto o plano de saúde não teria autorizado a realização do exame.

Aduz que a Recorrida veio a Juízo requerendo obrigação de fazer para um procedimento que não possui cobertura obrigatória, uma vez que não consta no ROL DA ANS.

Sustenta que os planos de saúde não estão obrigados a prestar uma assistência integral e irrestrita a todas as necessidades do consumidor, pois a assistência integral é responsabilidade do Estado.

Defende que a sua conduta encontra amparo legal, pois a exclusão de cobertura está baseada na lei, no contrato e no equilíbrio econômico-financeiro necessário a continuidade da prestação do serviço.

Alega que não houve qualquer ilegalidade no caso em tela, tampouco afronta às normas consumeristas. Insurge-se, ainda, em relação ao quantum indenizatório, argumentando que violou os critérios de proporcionalidade e razoabilidade.

Requer o conhecimento e provimento do apelo.

A parte autora/apelada apresentou contrarrazões ao recurso (ID Num. 3239215), alegando que apresenta um quadro de BRONQUITE AGUDA, motivo pelo qual teve a indicação clínica para a realização de procedimento médico de PPD (teste de tuberculose) ou MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG/IGM, a fim de diagnosticar possibilidade de Tuberculose.

Foi proferida Decisão Monocrática no ID Num. 3245356, com a seguinte ementa:

APELAÇÃO - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS E PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA - PLANO DE SAÚDE – RECUSA DO PLANO DE SAÚDE EM ARCAR COM EXAMES PARA AVERIGUAÇÃO DE QUADRO DE TUBERCULOSE DO SEGURADO – ALEGAÇÃO QUE O EXAME NÃO ESTÁ INSERIDO NO ROL DA ANS - INADMISSIBILIDADE – RECUSA INJUSTA, QUE CONTRARIA A FINALIDADE DO CONTRATO E REPRESENTA ABUSIVIDADE À LUZ DO CDC – COBERTURA DEVIDA – DANO MORAL IN RE IPSA CONFIGURADO- RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

Irresignada a HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA interpôs AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL de ID Num 3342435.

Alega a impossibilidade de julgamento monocrático da questão, que deveria ser levada para julgamento pelo colegiado.



Aduz que os planos de saúde não estão obrigados a prestar uma assistência integral e irrestrita a todas as necessidades do consumidor, cabendo a ANS regular e controlar os riscos cobertos, definindo o equilíbrio que deve existir, sob pena de inviabilizar o próprio escopo do contrato.

Defende a reforma da sentença em relação ao quantum indenizatório, já que o valor arbitrado gera o enriquecimento ilícito da parte recorrida.

Por fim, pugna pela reforma da sentença em sua integralidade e que o processo seja julgado improcedente.

Parecer do Ministério Público no ID Num 8189684.

Aduz que a decisão monocrática ora recorrida deve ser mantida integralmente, pois, contrária à tese citada pelo recorrente, também há jurisprudência pátria no sentido de que os planos de saúde podem definir as moléstias que terão a sua cobertura, porém não lhes é lícito definir qual a espécie de tratamento deve ser realizada pelo paciente, tampouco os exames necessários.

Ata de audiência de conciliação de ID Num 9861699, a qual restou infrutífera.

Submeti o recurso ao colegiado, nos seguintes termos:

AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS E PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA - PLANO DE SAÚDE – RECUSA DO PLANO DE SAÚDE EM ARCAR COM EXAMES PARA AVERIGUAÇÃO DE QUADRO DE TUBERCULOSE DO SEGURADO – ALEGAÇÃO QUE O EXAME NÃO ESTÁ INSERIDO NO ROL DA ANS - INADMISSIBILIDADE – RECUSA INJUSTA, QUE CONTRARIA A FINALIDADE DO CONTRATO E REPRESENTA ABUSIVIDADE À LUZ DO CDC – COBERTURA DEVIDA – DANO MORAL IN RE IPSA CONFIGURADO. DECISÃO MONOCRÁTICA MANTIDA. RECURSO DE AGRAVO INTERNO A QUE SE NEGA PROVIMENTO.

ACÓRDÃO

Vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Privado, na 35ª Sessão Ordinária de 2022, realizada por meio da ferramenta plenário virtual, sistema PJE, à unanimidade, em conhecer e negar provimento ao recurso, nos termos do voto da Desembargadora Relatora.

Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Sr. Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES.

Turma Julgadora: Desa. Maria Filomena de Almeida Buarque, Des. Constantino Augusto Guerreiro e a Desa. Margui Gaspar Bittencourt. **11409165 - Acórdão**

A HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A. interpôs Recurso Especial, com fundamento no art. 105, inciso III, alíneas “a” e “c” da Constituição, em adversidade ao acórdão que, à unanimidade de votos, negou

provimento ao agravo interno manejado pela ora Recorrente, a fim de manter decisão monocrática de minha lavra.

Nas razões recursais, além de dissídio jurisprudencial, violação aos arts. 3º e 4º, inciso III, da Lei 9.961/2000; 1º, § 1º, 10, § 4º, e 35-F, todos da Lei nº 9.656/1998; 14, § 3º, 51, inciso IV, e 54, §§ 3º e 4º, todos da Lei nº 8.078/1990 (CDC); e 373, inciso I, do Código de Processo Civil de 2015, ao argumento de que o procedimento pleiteado pela Recorrida [exame “PDD” ou “MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG/IGM”] não consta do rol de procedimento e eventos da ANS de observância obrigatória pelas operadoras de plano de saúde, portanto, de natureza taxativa, tampouco do contrato de assistência e seguro de saúde celebrado entre as partes. Sustenta, ainda, ofensa aos arts. 104, 186, 187, 188, 422, 927 e 944, todos do Código Civil de 2002; e 5º, incisos V e X, da Constituição Federal de 1988, porquanto descabida a condenação ao pagamento de danos morais, “uma vez que inexistiu qualquer ato ilícito praticado pelo plano de saúde recorrente, tendo atuado nos exatos termos previstos na legislação que regula a matéria” (e-STJ fl. 418).

Ademais, “ainda que se mantenha o entendimento de que houve dano de ordem moral, necessário destacar que merece reforma o julgado com vistas à observância dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, à luz da Lei e Jurisprudência pátria, em especial dos parâmetros balizadores do próprio STJ”

Contrarrazões apresentadas.

Em juízo prévio de admissibilidade, a Vice-Presidência do Tribunal de origem admitiu a súplica especial, determinando a remessa dos autos ao Superior Tribunal de Justiça.

No âmbito do Superior Tribunal de Justiça, distribuídos os autos à Ministra NANCY ANDRIGHI, abriu-se vista ao Ministério Público Federal, a qual opinou “pelo conhecimento parcial do presente recurso especial e, nesta extensão, pelo seu parcial provimento, para: (i) excluir a condenação ao pagamento de danos morais, e (ii) afastar a tese sobre a natureza exemplificativa do rol da ANS, com a determinação do retorno dos autos ao Tribunal de origem, a fim de que este examine novamente a questão, considerando os parâmetros traçados pela recente jurisprudência do STJ no julgamento dos EREsp nº 1.889.704/SP e dos EREsp nº 1.886.929/SP, e, então, decida a demanda como entender de direito.

Finalmente, a Relatora CONHECEU PARCIALMENTE do recurso especial e, nessa extensão, LHE DEU PARCIAL PROVIMENTO, para anular o acórdão recorrido e determinar o retorno dos autos ao TJ/PA a fim de que promova novo julgamento da apelação adequando-se ao julgamento do EREsp 1.886.929/SP e o EREsp 1.889.704/SP (DJe 3/8/2022).

É o relatório.

VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do presente recurso.

Depreende-se do mérito da demanda que a parte autora ingressou com Ação Ordinária de Obrigação de Fazer c/c Indenização por Danos Morais em face de Hapvida Assistência Médica Ltda., alegando que necessitou efetuar com urgência o procedimento chamado PPD ou MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG/IGM, após regular solicitação médica, a fim de diagnosticar a existência de tuberculose, sendo tal procedimento negado pela apelante, sob o argumento que referidos exames não estão previstos no rol de procedimentos da ANS.

Conforme já assentado na decisão monocrática recorrida, é de se registrar, inicialmente, que se aplica ao caso o Código de Defesa do Consumidor, enquadrando-se a parte agravada como consumidora do serviço prestado e a agravante no conceito de fornecedora, conforme dispõe o § 2º do artigo 3º, do referido diploma legal.

É patente o entendimento deste Tribunal de que as relações estabelecidas entre as instituições de prestadoras de serviço de assistência à saúde e seus clientes se regem pelas regras especiais que norteiam as relações consumeristas. Assim já se decidiu:

"APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DESAÚDE - APLICAÇÃO DO CDC - FALECIMENTO DO TITULAR - MANUTENÇÃO DO CONTRATO. Os planos de saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor. A obrigação da Operadora de Planos de Saúde em relação aos demais dependentes não se extingue com o falecimento do titular (Lei federal n. 9.656 de 1998, art. 30, §3º). Recurso desprovido." (TJMG - Apelação Cível 1.0145.14.040901-5/009 -Des.(a) Manoel dos Reis Morais - DJE 25/01/2019).

Nesse mesmo sentido é o entendimento sumulado do STJ:

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

Sobre a relação entre o CDC e a Lei de Assistência e Seguros de Saúde, discorre JOSÉ REINALDO DE LIMA LOPES:

"Entendido que a Lei 9.656/98 encontra-se dentro do direito do consumidor, seus dispositivos devem ser interpretados dentro dos princípios gerais ou contratuais da Lei 8.078/90. Em primeiro lugar, o consumidor do plano de saúde (ou seguro-saúde) continua a ter o direito de ver reconhecida sua vulnerabilidade (art. 4º, I) tanto na



esfera da regulamentação administrativa quanto na esfera judicial. Tem ainda aplicação muito relevante o inciso V do art. 4º, já que os fornecedores dos planos e seguros se responsabilizam pela qualidade de seus serviços, inclusive tendo em conta a natureza continuativa da relação (cf. o art. 17, IV, da lei 9.656/98)." (Saúde e Responsabilidade, Seguros e Planos de Assistência Privada à Saúde, RT, Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 13, p. 29)

Acerca da responsabilidade por eventuais danos causados em decorrência desta relação jurídica, ressalta-se que é objetiva, nos termos do art. 14, caput, do CDC.

Dessa forma, incumbe ao consumidor demonstrar a falha na prestação do serviço, bem como os danos decorrentes da referida falha, ao passo que o fornecedor deverá comprovar eventuais excludentes de responsabilidade, a saber, inexistência do defeito, culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro (art. 14, § 3º do CDC).

Volvendo à lide posta em julgamento, sabe-se que 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, estando a decisão em consonância com o julgamento de acórdãos proferidos pelo Superior Tribunal de Justiça em julgamento de recursos repetitivos, cabível que ocorresse por Decisão Monocrática como foi a de ID Num 3245356.

Em relação ao mérito, é de se observar o precedente estabelecido pela a Segunda Seção, ao julgar o EREsp 1.886.929/SP e o EREsp 1.889.704/SP (DJe 3/8/2022), estabeleceu a seguinte tese acerca dessa questão:

- 1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo;
- 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol;
- 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol;
- 4 - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde



Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

No caso, a parte autora colacionou aos autos prova do requerimento médico acerca da necessidade de realização dos aludidos exames de PPD (ID Num. 3239099 - Pág. 1) e MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG/IGM (ID Num. 3239097 - Pág. 1, 2, 3), bem como comprovou por meio do documento ID Num. 3239098 - Pág. 3 que houve o indeferimento deste último exame, sob a justificativa que o procedimento está fora do rol da ANS.

Ocorre que a prova tuberculínica – PT consiste na inoculação intradérmica de um derivado protéico do M. tuberculosis para medir a resposta imune celular a estes antígenos. É utilizada, em adultos e crianças, para o diagnóstico de infecção latente pelo M. tuberculosis (ILTb), nos termos do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf).

Além do teste acima, o Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) é uma técnica de biologia molecular que foi incorporada em 2012, para o diagnóstico dos casos de TB pulmonar pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (CONITEC), conforme solicitação da Coordenação Geral do PNCT (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/tuberculose/publicacoes/informativo-sobre-o-teste-rapido-molecular-para-tuberculose-trm-tb.pdf>).

Portanto, o caso se enquadra ao precedente do EREsp 1.886.929/SP e o EREsp 1.889.704/SP (DJe 3/8/2022) sendo obrigatório o fornecimento do tratamento pela Ré/Agravante.

Nesse contexto, noto que restou caracterizado a falha na prestação dos serviços, sendo ilícita a atitude da ora recorrente de se recusar a fornecer o tratamento necessário ao restabelecimento do paciente, configurando o dano moral *in re ipsa*.

Demonstrada a ilicitude das condutas da parte agravante e comprovado o prejuízo sofrido e demonstrado, ainda, o nexo de causalidade entre as condutas e o resultado lesivo, resta analisada reparação devida à vítima.

Em relação aos danos morais, o art. 5º, inciso X, da Constituição da República de 1988, estabelece:

"Art. 5º. (...) X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito de indenização pelo dano material ou moral

decorrente de sua violação."

A propósito do tema, SÉRGIO CAVALIERI FILHO, em "Programa de Responsabilidade Civil", Malheiros Editores, pg. 74/75, leciona que:

"Enquanto o dano material importa em lesão de bem patrimonial, gerando prejuízo econômico passível de reparação, o dano moral é lesão de bem integrante da personalidade, tal como a honra, a liberdade, a saúde, a integridade física e psicológica, causando dor, sofrimento, tristeza, vexame e humilhação à vítima."

O direito ao ressarcimento pelo dano gerado por ato ilícito funda-se no tríplice requisito: o ato ofensivo do agente, o prejuízo patrimonial ou extrapatrimonial e o nexos causal entre dito ato e o resultado danoso.

O dano moral caracteriza-se pela violação dos direitos integrantes da personalidade do indivíduo, atingindo valores internos e anímicos da pessoa, tais como a dor, a intimidade, a vida privada e a honra, entre outros.

Estes são os ensinamentos de YUSSEF SAID CAHALI, em "Dano e Indenização", Editora Revistas dos Tribunais, São Paulo, 1980, página 07:

"Parece razoável, assim, caracterizar o dano moral pelos seus próprios elementos; portanto, 'como a privação ou diminuição daqueles bens que têm um valor precípuo na vida do homem e que são a paz, a tranquilidade de espírito, a liberdade individual, a integridade física, a honra e os demais sagrados afetos'; e se classificando, assim, em dano que afeta a 'parte social do patrimônio moral' (honra, reputação etc.) e dano que molesta a 'parte afetiva do patrimônio moral' (dor, tristeza, saudade etc.); e dano moral que provoca direta ou indiretamente dano patrimonial (cicatriz de formante etc.), e dano moral puro (dor, tristeza etc.)."

Assim, para que se possa falar em dano moral, é preciso que a pessoa seja atingida em sua honra, sua reputação, sua personalidade, seu sentimento de dignidade, passe por dor, humilhação, constrangimentos e tenha os seus sentimentos violados.

No caso dos autos, entendo que restou caracterizado efetivo dano extrapatrimonial ao agravado, ante a negativa do tratamento necessário ao restabelecimento do paciente.

Não se olvide, ademais, que a negativa dos procedimentos médicos solicitados é abusiva, pois coloca o segurado em desvantagem exagerada.

Dessa forma, a meu ver, tais fatos não podem ser tidos como meros aborrecimentos. Sobre o tema, confira-se a jurisprudência:



"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO. **DOENÇA ABRANGIDA PELO CONTRATO. LIMITAÇÕES DOS TRATAMENTOS. CONDUTA ABUSIVA. INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA.** JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DA TERCEIRA TURMA. PRECEDENTE EM SENTIDO CONTRÁRIO NA QUARTA TURMA. RATIFICAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DESTA TURMA. DANOS MORAIS. REEXAME. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO IMPROVIDO. 1. Com efeito, a jurisprudência desta Terceira Turma já sedimentou entendimento no sentido de que **"não é cabível a negativa de tratamento indicado pelo profissional de saúde como necessário à saúde e à cura de doença efetivamente coberta pelo contrato de plano de saúde"**. Ademais, o "fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor" (AgRg no AREsp n. 708.082/DF, Relator Ministro João Otávio de Noronha, Terceira Turma, julgado em 16/2/2016, DJe 26/2/2016). 2. Existência de precedente da Quarta Turma no sentido de que seria legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS. 3. Ratificação do entendimento firmado pela Terceira Turma quanto ao caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos. Precedente. 4. A alteração da conclusão adotada pela Corte de origem acerca da inexistência de dano moral demandaria, necessariamente, novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, conforme o óbice previsto na Súmula 7 deste Tribunal Superior. 5. Agravo interno improvido.

(STJ - AgInt no REsp: 1912467 SP 2020/0337256-6, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Julgamento: 29/03/2021, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 06/04/2021)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANO MORAL. I- PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. TRATAMENTO MÉDICO DE ENFERMIDADE PREVISTA NO CONTRATO. ABUSIVIDADE. É pacífica a orientação do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que é abusiva a negativa de cobertura, pelo plano de saúde, a algum tipo de procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no contrato. (TJ-GO – Apelação Cível 00877587620168090051, Relator: CARLOS ROBERTO FAVARO, Data de Julgamento: 19/06/2019, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ de 19/06/2019)

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA CONTRATUAL. EXAME PET-CT. INFRAÇÃO AO CDC. PROCEDIMENTOS MÉDICOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). ROL MERAMENTE EXEMPLIFICATIVO.

1. Os contratos de plano de saúde encerram uma relação jurídica de natureza consumerista, aplicando-se, assim, as normas do Código de Defesa do Consumidor, razão pela qual as cláusulas do contrato devem ser interpretadas de modo mais favorável ao consumidor, já que este é a parte vulnerável da relação contratual.

2. A cobertura obrigatória do plano de saúde não decorre apenas da disposição específica da Lei nº 9.656/98, e nem está circunscrita às possibilidades de tratamento aos procedimentos listados no rol de serviços médico-hospitalares editado pela ANS, mas especialmente da observância ao princípio da dignidade da pessoa humana.

3. É inidônea a recusa em custear a realização de determinado exame,

expressamente prescrito pelo médico que acompanha o paciente, cujo intuito é assegurar melhores condições de diagnóstico clínico, sob o argumento de se tratar de procedimento experimental.

4. Eventual cláusula contratual que obste a realização de tratamento e exame, embasada apenas nas normas da ANS, é nula de pleno direito, por abuso de direito, haja vista a preponderância do direito à saúde.

5. Ao médico assistente, e não ao plano, compete indicar o tratamento adequado ao paciente.

6. Recurso conhecido e desprovido. (Acórdão n.911996, 20150110157732APC, Relator: SILVA LEMOS, Revisor: MARIA IVATÔNIA, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 18/11/2015, Publicado no DJE: 17/12/2015. Pág.: 243)

Logo, entendo ser devida a indenização por danos morais reconhecida pelo juízo primevo. Em relação ao quantum indenizatório, preleciona Humberto Theodoro Júnior:

"Impõe-se rigorosa observância dos padrões adotados pela doutrina e jurisprudência, inclusive dentro da experiência registrada no direito comparado para evitar-se que as ações de reparação de dano moral se transformem em expedientes de extorsão ou de espertezas maliciosas e injustificáveis. As duas posições sociais e econômicas, da vítima e do ofensor, obrigatoriamente, estarão sob análise, de maneira que o juiz não se limitará a fundar a condenação isoladamente na fortuna eventual de um ou na possível pobreza do outro." (JÚNIOR, Humberto Theodoro. Dano Moral. 5ª ed. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2007).

É sabido que o ressarcimento pelo dano moral decorrente de ato ilícito é uma forma de compensar o mal causado e não deve ser usado como fonte de enriquecimento ou abusos. Nesse sentido, a sua fixação deve levar em conta o estado de quem o recebe e as condições de quem paga.

Esse numerário deve proporcionar à vítima satisfação na justa medida do abalo sofrido, produzindo, no causador do mal, impacto bastante para dissuadi-lo de igual procedimento, forçando-o a adotar uma cautela maior, diante de situação como a descrita nestes autos.

A respeito da fixação de indenizações decorrentes de danos morais, entendo que deve o julgador pautar-se pelo bom-senso, moderação e prudência, analisando cada caso concreto, de acordo com o seu livre convencimento, sem perder de vista que, por um lado, a indenização deve ser amais completa possível e, por outro, ela não pode tornar-se fonte de lucro, devendo o magistrado, neste ponto, cuidar de distinguir cada caso concreto, considerando os princípios constitucionais da proporcionalidade e da razoabilidade.

Em face de tais premissas, tenho que o valor arbitrado em primeiro grau e mantido na decisão monocrática ora recorrida, de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), mostra-se adequado e proporcional aos ilícitos praticados, não podendo ser considerado excessivo, tampouco representa enriquecimento sem causa da apelada.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO AO RECURSO DE AGRAVO INTERNO**, a fim de manter a



decisão monocrática recorrida tal como lançada nos autos.

É o voto.

Belém/PA, data registrada no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora

Belém, 24/09/2024

