



ACÓRDÃO Nº  
SECRETARIA ÚNICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO  
1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO  
COMARCA DE BELÉM/PARÁ  
APELAÇÃO CÍVEL 0010731-17.2009.8.14.0301  
APELANTES: HOSPITAL GUADALUPE e UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE  
TRABALHO MÉDICO LTDA  
APELADOS: WALDEMAR BRITO DA SILVA e ANATALINA FERREIRA DA SILVA  
RELATOR: DES. LEONARDO DE NORONHA TAVARES

EMENTA: APELAÇÕES CÍVEIS – INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS – MÁ PRESTAÇÃO DE SERVIÇO – SAÚDE – APELO DA UNIMED – VEDADA A DENUNCIÇÃO À LIDE – RELAÇÃO DE CONSUMO – PRECEDENTES STJ - AGRAVO RETIDO REJEITADO – NEGATIVA DE COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE – ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL – EXAME NECESSÁRIO A GARANTIA DE SAÚDE DA PACIENTE – MÁ PRESTAÇÃO DO SERVIÇO - DANO MORAL CONFIGURADO – TRANSTORNO QUE SUPERA O MERO DISSABOR – DEVER DE INDENIZAR – DANO MATERIAL RESTOU CONFIGURADO – RECIBOS APRESENTADOS CAPAZES DE ATESTAR OS GASTOS DISPENDIDOS PELA FAMÍLIA – TEORIA DA APARÊNCIA – REPETIÇÃO DO INDÉBITO – NÃO CABIMENTO – INEXISTÊNCIA DE COBRANÇA INDEVIDA OU MÁ FÉ – SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO – APELO DO HOSPITAL GUADALUPE - VEDADA A DENUNCIÇÃO À LIDE – RELAÇÃO DE CONSUMO – PRECEDENTES STJ - AGRAVO RETIDO REJEITADO – PRELIMINARES DE IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO E DE ILEGITIMIDADE PASSIVA - REJEITADAS – DANO MORAL CONFIGURADO – MÁ PRESTAÇÃO DO SERVIÇO – AUSÊNCIA DE EQUIPAMENTOS ESSENCIAIS AO TRATAMENTO DA PACIENTE – PACIENTE QUE TEVE QUE SE DESLOCAR PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES E CIRURGIA POR SUAS EXPENSAS – CONTRIBUIÇÃO PARA A GRAVIDADE E INFECÇÃO GENERALIZADA DA PACIENTE QUE VEIO A ÓBITO – NEGLIGÊNCIA DO HOSPITAL – RESPONSABILIDADE OBJETIVA – RELAÇÃO DE CONSUMO – QUANTUM ARBITRADO EM VALOR RAZOÁVEL E PROPORCIONAL À SITUAÇÃO CONCRETA – VALOR COMPATÍVEL COM O APLICADO PELO STJ E TRIBUNAIS PÁTRIOS – RECURSO DESPROVIDO.

1. Conforme a jurisprudência do STJ, tratando-se de relação de consumo, protegida pelo , descabe a Denúnciação da Lide, a teor do art. do . Rejeitados os agravos retidos.
2. É abusiva a negativa de cobertura pelo plano de saúde de procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para preservar a saúde e a vida do paciente, o que enseja a indenização por danos morais, pois extrapola a esfera do mero dissabor, colocando o paciente em situação de extrema angústia e fragilidade emocional. Precedentes do STJ.
3. Verificando-se que os apelados foram obrigados a dispendere recursos para custear transporte em ambulância e exame de Colangiorresonância Magnética, que deixaram de ser cobertos pelo plano de saúde, configurado está o dano material a ser indenizado, devidamente corrigido pelo INPC,



desde a data do devido desembolso e acrescido de juros de mora 1% ao mês, a partir da citação.

4. In casu, inexistiu cobrança indevida ou mesmo má fé do plano de saúde, que configure a necessidade de devolução dos valores em dobro, pelo que deve ser reformada a sentença nesse sentido. Correção do valor pelo INPC, desde a data do devido desembolso e acrescido de juros de mora 1% ao mês, a partir da citação.

5. Preliminar de impossibilidade jurídica do pedido rejeitada, uma vez que restou configurada a má prestação do serviço e que o dano causado independe de se saber onde a paciente adquiriu a infecção que agravou o seu quadro de saúde e lhe levou a óbito.

6. Preliminar de ilegitimidade passiva do Hospital, rejeitada, uma vez que o vínculo dos médicos que atendem em um determinado hospital com a própria instituição hospitalar deve ser reconhecido, diante da presunção do trabalho subordinado decorrente da prestação pessoal de serviços.

7. A responsabilidade por má prestação de serviço de saúde é regulada pelo art. do , sendo assim, objetiva, respondendo o Hospital, independentemente de sua culpa, estando configurado o dano e o dever de indenizar.

8. O valor fixado a título de danos morais mostra-se adequado a satisfazer a justa proporcionalidade entre o ato ilícito e o dano moral sofrido pelos apelados, bem como atende ao caráter compensatório e ao mesmo tempo inibidor a que se propõe a ação de reparação por danos morais, pelo que incabível a sua redução.

9. Nos termos do voto do Relator, recursos de Apelação conhecidos. Recurso da UNIMED parcialmente provido para reformar a sentença somente em relação ao descabimento da repetição de indébito. Recurso do Hospital Guadalupe desprovido. Mantidos os demais termos da sentença.

## ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Privado do Egrégio Tribunal de Justiça do Pará, à unanimidade, em conhecer dos recursos, dar parcial provimento ao recurso da UNIMED, mas negar provimento ao recurso do Hospital Guadalupe, nos termos do voto do Desembargador Relator.

1ª Turma de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, 30 de abril de 2018.  
Exmo. Sr. Des. Leonardo de Noronha Tavares, Exma. Sra. Desa. Maria do Céu Maciel Coutinho, Exmo. Sr. Des. Constantino Augusto Guerreiro. Sessão presidida pelo Exma. Sra. Desa. Maria do Céu Maciel Coutinho.



LEONARDO DE NORONHA TAVARES  
RELATOR

## RELATÓRIO

O EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES:  
(RELATOR):

Trata-se de recurso de APELAÇÃO CÍVEL interposto por HOSPITAL GUADALUPE e UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA contra sentença proferida pelo juízo da 9ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém, nos autos da ação de Indenização por Danos Materiais e Morais por morte decorrente de negligência médica ajuizada por WALDEMAR BRITO DA SILVA e ANATALINA FERREIRA DA SILVA. Consta dos autos que a Sra. Raimunda Ferreira da Silva, esposa e mãe, respectivamente, dos autores, faleceu em 18/08/2008 em decorrência de doença grave.

Informam que a falecida era contratante do plano de saúde da UNIMED, desde 1994, razão pela qual, em 29/07/2008, sentindo fortes dores abdominais procurou a unidade Batista Campos para atendimento de urgência, tendo lhe sido administrado medicamento paliativo para aliviar as dores e liberada em seguida. No dia seguinte, como as dores ainda permaneciam, procurou a UNIMED Doca, e como o quadro não mudava foi realizado exame de ultrassom de abdome superior, atestando alteração na vesícula biliar da paciente, o que mais tarde se tornaria a causa de sua morte. Foi solicitada a sua transferência para o Hospital Nossa Senhora de Guadalupe, embora a família não tivesse sido informada sobre o quadro de



gravidade da paciente, e lá transferida para Unidade de Tratamento Intensivo.

Relatam que a partir deste dia todos os procedimentos realizados foram precedidos de imposições burocráticas e impedimentos pelo Plano de Saúde ou pela Equipe Médica do Hospital Guadalupe, dificultando o tratamento da paciente.

Constatando não haver no hospital aparelho de exame endoscópico, a família tomou a iniciativa de ligar para a Clínica de Gastrenterologia e Vídeoesndoscopia Dr. Albeniz Martins e Silva, para onde a paciente foi levada de taxi, em 31/07/2008, tendo a família que arcar com todos os custos, já que a consulta e o exame não foram cobertos pelo plano de saúde, tendo sido atestada uma alteração nas vias biliares, razão pela qual a médica, Dra. Mônica C. Fernandes escreveu um bilhete à Dra. Ester Castelo Branco, médica que acompanhava a paciente no Hospital Guadalupe, sugerindo procedimentos. Em 01/08/2008 foi solicitado pelo Hospital Guadalupe o exame Colangiressonância magnética, e após três dias, em 04/08/2008 foi comunicado à família da paciente que a UNIMED não havia autorizado o exame, mesmo a paciente estando internada pelo plano de saúde.

De posse do documento que negava a autorização do exame a segunda autora, foi até a administração da UNIMED pedir explicações e recebeu a informação de que a paciente não tinha direito a esse tipo de exame, que não havia cobertura do plano, razão pela qual se dirigiu ao Hospital Porto Dias e marcou por sua conta o exame para o dia seguinte, 05/08/2008, data em que a paciente foi removida em ambulância paga pela família. Já no hospital, realizou o exame de Colangiressonância Magnética, tomografia do tórax, da pelve e do abdômen superior, todos custeados pela família, cujos resultados foram entregues em 07/08/2008.

Analisando os exames, a médica do Hospital Guadalupe contratou outro médico, Dr. Geraldo Ishak para avaliação do quadro da paciente, informando à família que havia necessidade de se realizar um pequeno procedimento, semelhante à endoscopia, para retirada de cálculo que estava obstruindo o canalículo da bilis e causando as dores à paciente. No horário marcado, ao invés de comparecer o Dr. Geraldo Ishak, que fazia parte do corpo clínico do hospital, veio o Dr. Erivaldo Maués que durante a conversa com a família informou que não atendia pelo plano UNIMED e que só trabalhava no Hospital Instituto Saúde da Mulher, sugerindo que entrassem em contato com a secretária da endoscopia do Instituto Saúde da Mulher para que fizesse uma CPRS com urgência, e que fosse encaminhada para autorização da UNIMED.

Ocorre que, mais uma vez, o pedido de exame foi negado pela auditoria da UNIMED e só liberado após discussão, sendo marcado o procedimento para às 16:00 do dia 08/08/2008 no Instituto Saúde da Mulher. Mais uma vez a família teve que contratar serviços de ambulância para fazer a remoção do Hospital Guadalupe para o Hospital Instituto Saúde da Mulher. Ao final do procedimento, os médicos informaram à família que a paciente estava bem e que ficaria em observação até a chegada da ambulância que a levaria de volta ao Hospital Guadalupe, tendo sido acionada ambulância de remoção com UTI móvel, para resguardar a integridade da doente que há pouco tinha feito procedimento cirúrgico, o que também foi custeado pela família.

De volta ao Hospital Guadalupe, a paciente foi encaminhada à UTI onde



ficaria em observação por 24 horas, por ser procedimento de praxe. Sendo que no dia seguinte, em 09/08/2008, por ocasião da visita da manhã e sob expectativa de que a paciente teria alta, a família foi informada de que estava sendo mantida em coma induzido e que não teria previsão de saída da UTI. Já na visita da tarde, às 17:00, o médico plantonista informou à família que a paciente havia adquirido uma septicemia (infecção generalizada) e que seu estado era gravíssimo, mas estável dentro do quadro que se apresentava.

Na visita do dia seguinte, 10/08/2008, a família foi informada de que a paciente tinha piorado consideravelmente durante a noite, mas que teria grande chance de melhora se tomasse o remédio chamado XIGRIS, antibiótico que reduz o caso de morte em até 30%, só aplicado no Hospital Guadalupe, sem, entretanto, ter sido repassada a notícia de que se tratava de antibiótico em fase experimental e dos efeitos adversos em pessoas idosas e em quadro semelhante ao da paciente. Foi feita a requisição à UNIMED, mas não autorizado, e como era um dia de sábado, quando não há funcionamento do setor administrativo, foi exigido da família um cheque caução para garantir o pagamento do medicamento, sendo expedido dois cheques pela Sra. Jane Clair Melo da Silva, nora da paciente, nos valores de R\$ 56.000,00 (cinquenta e seis mil reais) e R\$ 7.000,00 (sete mil reais), e dado início à aplicação do medicamento, embora a paciente continuasse em coma e a família aguardasse o tempo para que surtisse seus efeitos, 36 a 72 horas.

Em 13/08/2008 a família recebeu a notícia de que o médico da UTI havia solicitado a presença de nefrologista, que deixou de fazer a hemodiálise na paciente em razão do Hospital Guadalupe não dispor da máquina usada para purificação da água e esta não ter condições de ser transferida para outro hospital ou clínica. Passado o tempo, o rim da paciente começou a parar, não tendo sido tomada nenhuma outra providência ante a ausência da médica responsável, Dra. Carolina, e por não ter a paciente condições de ser transferida para o centro cirúrgico, vindo a falecer em 16/08/2008.

Pontuaram que devido aos descasos com a paciente, sustaram os cheques dados em garantia, o que motivou cobrança do Hospital através de notificação extrajudicial.

A ré, UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, apresentou contestação, às fls. 161-184 e o réu, Hospital Nossa Senhora do Guadalupe, contestou às fls. 197-207.

Os autores se manifestaram sobre a contestação da UNIMED, às fls. 418-434, e sobre a contestação do Hospital Guadalupe, às fls. 436-450.

Foi realizada audiência preliminar de conciliação que restou infrutífera. Foram fixados os pontos controvertidos (fls. 453-455).

Realizada audiência de instrução com a oitiva das partes, às fls. 497-501.

Alegações finais pela UNIMED, fls. 506-509, pelos autores, às fls. 517-522.

Despacho à fl. 523 determinando a intimação dos autores para regularizarem a representação, incluindo na lide os demais filhos vivos da falecida.

Sobreveio a r. sentença, às fls. 552-559, que condenou os requeridos ao pagamento de dano moral, fixado em R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), corrigidos pelo INPC a partir da publicação da decisão e acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) a partir da citação; e ao pagamento de danos



materiais em R\$ 5.460,00 (cinco mil, quatrocentos e sessenta reais), corrigidos pelo INPC a partir da publicação da decisão, acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir da citação. Custas e honorários fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação devidamente corrigido.

Iressignadas as rés interpuseram recurso de apelação.

A UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, em suas razões (fls. 560-575) alega que seus atos não foram praticados com ilegalidade ou abuso e que não contribuiu para o falecimento da Sra. Raimunda Ferreira da Silva, uma vez que autorizou todos os serviços requeridos pelo hospital e que estavam cobertos pelo plano de saúde contratado, chegando, inclusive, a autorizar o exame CPRE que não tinha cobertura contratada pela paciente; deixando efetivamente de autorizar apenas um exame, Colangiressonância Magnética, por não cobertura.

No que diz respeito a não disponibilização de ambulância para remoção inter-hospitalar, restou claro nos autos que não houve solicitação por parte dos autores ou do hospital conforme ratificado pelo depoimento pessoal da requerente à fl. 498.

Destacou que não há nenhum ilícito praticado pela apelante que resulte em indenização, uma vez que dos três exames que os autores alegam não terem sido autorizados pela apelante, somente um foi objeto de negação (fl. 498), uma vez que a endoscopia realizada na Clínica Dr. Albeniz Martins, credenciada com a UNIMED, foi autorizado pela apelante (fl. 187), assim como a autorização concedida para o procedimento CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada) cuja autorização se encontra comprovada nos autos (fl. 187). Já o exame Colangiressonância Magnético só deixou de ser autorizado por inexistência de cobertura contratual, além do que, não foi solicitado por médico cooperado, o que é uma exigência contratual (Cláusula 6ª do Contrato, às fls. 41-43).

Pontuou que a própria autora em seu depoimento (fl. 498) afirmou que a adaptação do contrato da paciente não foi realizada porque o valor do contrato aumentaria, ou seja, a paciente e sua família tinham conhecimento da possibilidade de ampliação do contrato e não o fizeram.

Arguiu que a sentença recorrida foi contrária ao que determina a Constituição Federal em seu art. 5º, inciso XXXVI quando deixa de levar em consideração que o contrato é um ato jurídico perfeito e que deve ser respeitado; e que a operadora do plano é obrigada a tudo o que fora previsto, mas não ao que esteja fora dos limites contratuais. Assim, reconhecer suposto direito da paciente de realizar procedimento não previsto na cobertura do plano contratado violam a garantia de segurança das relações jurídicas.

Esclareceu que a negativa de autorização para uso do medicamento XIGRIS, se deu em razão de que há época se tratava de medicamento experimental e se encontrava em fase cuja eficácia não havia sido comprovada, a legislação não obriga as operadoras de planos de saúde a utilizarem tais substâncias, conforme observa o art. 10, inciso I e II da Lei 9.656/98. Em relação à ausência de disponibilização de ambulância para o transporte da paciente, entende que não cometeu nenhum ato ilícito, pois não foi provocada, conforme depoimento da autora (fl. 498), além do que, o Contrato firmado também não prevê despesas com transporte e remoção.



No que se refere ao dano material, entendeu que não restou comprovado, uma vez que os recibos apresentados pelos autores são imprestáveis para tal fim, já que emitidos em nome de pessoa jurídica estranha aos fatos narrados na inicial; além de não fazerem qualquer menção ao nome do paciente transportado ou aos locais de partida e chegada. Da mesma forma, entende que as tomografias computadorizadas realizadas pela paciente, não foram solicitadas pelos médicos que cuidavam da paciente e nem solicitadas ao plano de saúde, tendo sido realizadas por mera liberalidade dos familiares da paciente, o que afasta a responsabilidade da apelante em ter que ressarcir os valores gastos com o procedimento. Alegou a apelante que também não procede a repetição do indébito, já que não houve qualquer hipótese de cobrança de valor indevido, não restando, portanto, demonstrado o dano material sofrido.

Quanto ao dano moral, arbitrados e razão do falecimento da Sra. Raimunda Ferreira da Silva, pontuou que não restou comprovado nos autos que o óbito tenha ocorrido em virtude de atos negligentes da apelante, o que se deu por fatalidade ocasionada por fatores naturais devido a sua idade avançada; não havendo, portanto, nenhum ato ilícito a ser indenizado.

Destacou que de todos os exames solicitados pelos médicos, apenas um deixou de ser autorizado pela UNIMED por falta de cobertura, tendo sido realizado em Clínica particular, o que denota que mesmo que tivesse sido realizado pelo plano de saúde, não impediria o falecimento da paciente, do mesmo jeito, uma vez que não foi a falta de autorização a causadora do óbito; o mesmo em relação à ambulância e ao medicamento XIGRIS.

Sustentou que os autores não se preocuparam em tentar provar se a infecção que atingiu a paciente era hospitalar e em qual hospital foi contraída, ou se foi decorrente da própria infecção pré-existente nas vias biliares da paciente, adquirida previamente e que foi o motivo da sua internação, pelo que não restou comprovado o nexo causal entre a conduta realizada pela apelante e os supostos danos causados aos autores, não havendo o correspondente dever de indenizar.

Ponderou que não há culpa a ser imputada à apelante, pois todos os atos por ela praticados estavam estabelecidos nos limites do contrato firmado entre as partes.

No que diz respeito ao quantum indenizatório, arguiu que o valor estipulado viola o princípio da razoabilidade, pelo que deverá ser reformado; e que os juros de mora devem fluir a partir do arbitramento.

Requeru a denunciação a lide do Instituto Saúde da Mulher, tendo em vista a relação direta no atendimento médico a falecida, por ter sido o local onde foi realizada a cirurgia, o que foi indeferido pelo juízo na audiência realizada em 08/11/2010, por entender que se tratava de relação autônoma e totalmente independente da ré denunciante, uma vez que poderá trazer aos autos informações necessárias ao esclarecimento dos fatos que giram em torno da cirurgia realizada e da infecção generalizada que acometeu a paciente.

Discorreu sobre a teoria da carga dinâmica das provas, pela qual todos os envolvidos devem estar em juízo para prestar os esclarecimentos necessários sob os fatos que ocorreram sob suas responsabilidades, pelo que deverá ser anulada a sentença para que o juízo a quo proceda a citação do denunciado à lide para responder aos termos da ação, no que lhe



couber.

Ao final, pugnou pelo provimento do recurso para que seja reformada a sentença, e caso mantida a responsabilização da apelante, que seja anulada a sentença com o retorno dos autos ao juízo de origem para que proceda a citação do Hospital Saúde da Mulher.

Os apelados apresentaram contrarrazões ao recurso, às fls. 610-626, rechaçaram os argumentos da apelante sustentando que desde o início os médicos plantonistas do Posto da UNIMED DOCA já tinham conhecimento da alteração no colédoco a paciente e que havia uma disfunção do aparelho nefro-digestivo e mesmo assim optaram por direcionar sua internação para o Hospital Guadalupe que não apresentava infraestrutura mínima para receber paciente com tal quadro; que houve a demora de mais de 8 horas para diagnóstico e internação da paciente; que a transferência da paciente para o Hospital Guadalupe se deu por conta e risco da apelante e de forma automática, sem nenhum encaminhamento médico a ser tomado no hospital, tendo a família que interferir no tratamento médico e sugerir a realização de exames, mesmo já sabendo do diagnóstico desde o início; que o fato da UNIMED ter autorizado o exame de endoscopia em outra clínica, não diminui a responsabilidade de ter encaminhado a paciente a um hospital que não realiza tal procedimento; que a confirmação do diagnóstico pela endoscopia, tornou expressa a necessidade de realização do exame Colangiressonância Magnética, não autorizado, e que tal exame foi requisitado por médica cooperada, demonstrando assim a desídia da UNIMED em encaminhar a paciente a um hospital que não detinha capacidade para realizar procedimentos compatíveis com o quadro apresentado pela paciente; pugnaram pela validade dos recibos emitidos em nome da empresa da família e pela manutenção da condenação em danos materiais e morais; bem como que o termo inicial dos juros de mora está adequado; impossibilidade de denunciação à lide do Hospital Saúde da Mulher, nos termos do art. 88 do CDC.

Consta às fls. 582-606, recurso de apelação interposto pelo Hospital Nossa Senhora de Guadalupe.

Em suas razões, argui o apelante a impossibilidade jurídica do pedido, uma vez que analisando as provas dos autos comprova-se que o Hospital não teve qualquer responsabilidade sobre os atos e fatos ocorridos durante o atendimento na UNIMED DOCA e BATISTA CAMPOS e outros locais, visto que os médicos da UNIMED é que diagnosticaram a doença da paciente.

Pontuou que a inicial se restringe a atribuir a responsabilidade à apelante em razão da falta de aparelhos para exames, o que levou ao deslocamento da paciente para clínica particular, sem provar que o falecimento ocorreu por conta de tal ausência, não restando caracterizado o dano, configurando-se como mais uma tentativa de enriquecimento ilícito.

Aduz em preliminar, a sua ilegitimidade passiva, pelo que deve ser extinto o feito sem julgamento do mérito, uma vez que a sentença deixou de considerar que os médicos que atenderam a paciente não tinham vínculo algum com o recorrente e sim com a UNIMED, que a tenderam em estado de emergência, realizando diagnóstico por imagem e aplicando medicamentos bem como que a cirurgia de retirada de cálculo foi realizada no hospital Saúde da Mulher, por médico daquele hospital.

Defendeu que a prescrição médica e a aplicação de medicamentos e





procedimentos cirúrgicos são atos médicos, de responsabilidade dos profissionais e que os médicos que atenderam a falecida nas dependências do Hospital não são seus empregados, não havendo que se falar em responsabilidade do apelante. Assim, se o paciente sofreu danos em razão do atuar culposo exclusivo do profissional, atuando como prestador de serviços autônomos, apenas este poderá ser responsabilizado.

Ressaltou que cede suas dependências e instrumentos aos médicos que prestam serviços ao hospital e que são de sua inteira responsabilidade todos os procedimentos e laudos que emitirem.

Pontuou que em nenhum momento deixou de prestar assistência à paciente ou omitiu informação quanto ao estado de saúde da paciente e nem teve qualquer ingerência nas autorizações de exames de beneficiários da UNIMED; bem como que não foi responsável pelo atraso no atendimento e transferência da paciente, não sendo obrigada a indenizar os apelados quer por dano material ou por dano moral.

Sustentou que não há provas de que foi o responsável pela infecção generalizada da paciente, uma vez que inicialmente passou pelas unidades de atendimento da UNIMED, foi transferida em ambulância da empresa Qualit Saúde, permaneceu no hospital Instituto Saúde da Mulher, Clínica Dr. Albeniz Martins e Silva e Hospital Porto Dias, podendo ter obtido a infecção em qualquer dessas unidades, e que mantém rigoroso controle de infecção hospitalar.

Arguiu que os valores referentes ao uso do medicamento XIGRIS foi feito em ação própria, contra a Sra. Jane Eclair Melo da Silva, que foi quem emitiu os cheques que cobriam os custos, tendo em vista que não foi autorizado pela UNIMED, por se tratar de produto importado de alto valor econômico.

Ratificou que não tem responsabilidade sobre os atos dos médicos que não possuíam vínculo empregatício com o hospital, e tão somente com outros empregados, como enfermeiros, auxiliares encarregados da limpeza, cozinha e farmácia; e que o hospital não pode responder objetivamente pelo dano, mesmo não estando caracterizada a responsabilidade do médico por ter agido de forma culposa.

Destacou que a sentença se fundamentou somente nas alegações da recorrida, uma vez que inexistente laudo pericial que determine o efetivo local onde a recorrida obteve a infecção generalizada, demonstrando-se exagerada e injustificada a condenação nos valores lançados na inicial.

Ponderou que não foi demonstrada nem provada qualquer espécie de danos causados pelo recorrente a honra dos recorridos, que não demonstraram exposição vexatória ou de modo ridículo e ofensivo à sua postura, estando ausente o nexo causal, uma vez que não há sequer prova de que tenha deixado de tomar providências necessárias ao atendimento da paciente, não tendo sido responsável pela negativa de exames, não estando, portanto, comprovado qualquer comportamento doloso ou culposos.

Aduziu que a condenação não pode representar o enriquecimento ilícito da outra parte e que sua fixação deve observar o princípio da proporcionalidade, considerando as circunstâncias e peculiaridades do caso concreto.

Ao final, pugnou pelo provimento do recurso para que seja julgada improcedente ação ou reduzido o valor para patamar mais baixo e proporcional.



Os apelados ofereceram contrarrazões, às fls. 627-642, alegando falta de ataque aos argumentos da sentença, repetindo os argumentos da contestação; que o pedido é juridicamente possível; que o apelante tem legitimidade para ocupar o polo passivo da ação; que a própria morte da paciente já configura o dano moral sofrido pelos apelados e que as condutas praticadas pelo apelante foram determinantes para o falecimento da paciente; que a infecção da paciente foi evidenciada quando estava na UTI do apelante; que não lhes foi prestada a devida informação acerca do medicamento XIGRIS e nem seria necessário prestar caução de medicamento de fornecimento obrigatório, e que tal medicação só fez agravar a saúde da paciente após a sua aplicação; que se trata de responsabilidade objetiva, sedo desnecessária a existência de culpa e que o quantum arbitrado se mostra adequado ao caso concreto e que o apelante tem plena capacidade econômica para suportar o ônus da condenação.

Encaminhado o feito a este Tribunal, coube a relatoria à Desa. Luzia Nadja Guimarães Nascimento (fl. 645) e após a vigência da Emenda Regimental n° 5, vieram à minha relatoria (fl. 651).

O feito foi incluído em pauta de julgamento.

É o relatório.



EMENTA: APELAÇÕES CÍVEIS – INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS – MÁ PRESTAÇÃO DE SERVIÇO – SAÚDE – APELO DA UNIMED – VEDADA A DENUNCIÇÃO À LIDE – RELAÇÃO DE CONSUMO – PRECEDENTES STJ - AGRAVO RETIDO REJEITADO – NEGATIVA DE COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE – ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL – EXAME NECESSÁRIO A GARANTIA DE SAÚDE DA PACIENTE – MÁ PRESTAÇÃO DO SERVIÇO - DANO MORAL CONFIGURADO – TRANSTORNO QUE SUPERA O MERO DISSABOR – DEVER DE INDENIZAR – DANO MATERIAL RESTOU CONFIGURADO – RECIBOS APRESENTADOS CAPAZES DE ATESTAR OS GASTOS DISPENDIDOS PELA FAMÍLIA – TEORIA DA APARÊNCIA – REPETIÇÃO DO INDÉBITO – NÃO CABIMENTO – INEXISTÊNCIA DE COBRANÇA INDEVIDA OU MÁ FÉ – SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO – APELO DO HOSPITAL GUADALUPE - VEDADA A DENUNCIÇÃO À LIDE – RELAÇÃO DE CONSUMO – PRECEDENTES STJ - AGRAVO RETIDO REJEITADO – PRELIMINARES DE IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO E DE ILEGITIMIDADE PASSIVA - REJEITADAS – DANO MORAL CONFIGURADO – MÁ PRESTAÇÃO DO SERVIÇO – AUSÊNCIA DE EQUIPAMENTOS ESSENCIAIS AO TRATAMENTO DA PACIENTE – PACIENTE QUE TEVE QUE SE DESLOCAR PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES E CIRURGIA POR SUAS EXPENSAS – CONTRIBUIÇÃO PARA A GRAVIDADE E INFECÇÃO GENERALIZADA DA PACIENTE QUE VEIO A ÓBITO – NEGLIGÊNCIA DO HOSPITAL – RESPONSABILIDADE OBJETIVA – RELAÇÃO DE CONSUMO – QUANTUM ARBITRADO EM VALOR RAZOÁVEL E PROPORCIONAL À SITUAÇÃO CONCRETA – VALOR COMPATÍVEL COM O APLICADO PELO STJ E TRIBUNAIS PÁTRIOS – RECURSO DESPROVIDO.

1. Conforme a jurisprudência do STJ, tratando-se de relação de consumo, protegida pelo , descabe a Denúnciação da Lide, a teor do art. do . Rejeitados os agravos retidos.
2. É abusiva a negativa de cobertura pelo plano de saúde de procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para preservar a saúde e a vida do paciente, o que enseja a indenização por danos morais, pois extrapola a esfera do mero dissabor, colocando o paciente em situação de extrema angústia e fragilidade emocional. Precedentes do STJ.
3. Verificando-se que os apelados foram obrigados a dispender recursos para custear transporte em ambulância e exame de Colangiorrsonância Magnética, que deixaram de ser cobertos pelo plano de saúde, configurado está o dano material a ser indenizado, devidamente corrigido pelo INPC, desde a data do devido desembolso e acrescido de juros de mora 1% ao mês, a partir da citação.
4. In casu, inexistiu cobrança indevida ou mesmo má fé do plano de saúde, que configure a necessidade de devolução dos valores em dobro, pelo que



deve ser reformada a sentença nesse sentido. Correção do valor pelo INPC, desde a data do devido desembolso e acrescido de juros de mora 1% ao mês, a partir da citação.

5. Preliminar de impossibilidade jurídica do pedido rejeitada, uma vez que restou configurada a má prestação do serviço e que o dano causado independe de se saber onde a paciente adquiriu a infecção que agravou o seu quadro de saúde e lhe levou a óbito.

6. Preliminar de ilegitimidade passiva do Hospital, rejeitada, uma vez que o vínculo dos médicos que atendem em um determinado hospital com a própria instituição hospitalar deve ser reconhecido, diante da presunção do trabalho subordinado decorrente da prestação pessoal de serviços.

7. A responsabilidade por má prestação de serviço de saúde é regulada pelo art. do , sendo assim, objetiva, respondendo o Hospital, independentemente de sua culpa, estando configurado o dano e o dever de indenizar.

8. O valor fixado a título de danos morais mostra-se adequado a satisfazer a justa proporcionalidade entre o ato ilícito e o dano moral sofrido pelos apelados, bem como atende ao caráter compensatório e ao mesmo tempo inibidor a que se propõe a ação de reparação por danos morais, pelo que incabível a sua redução.

9. Nos termos do voto do Relator, recursos de Apelação conhecidos. Recurso da UNIMED parcialmente provido para reformar a sentença somente em relação ao descabimento da repetição de indébito. Recurso do Hospital Guadalupe desprovido. Mantidos os demais termos da sentença.

## VOTO

O EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, conheço dos recursos.

Começo analisando o apelo da ré UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, para melhor equacionar a decisão.

Inicialmente passo a apreciar as razões do Agravo Retido apresentado por ocasião da audiência preliminar (fl. 453-455), ante ao indeferimento da denunciação à lide do Hospital Instituto Saúde da Mulher, tendo em vista a relação direta no atendimento médico a falecida, por ter sido o local onde foi realizada a cirurgia.

É sabido que a hipótese de denunciação da lide prevista no inciso III do art. 70 do CPC aplica-se quando há direito de regresso do denunciante em face do denunciado, em razão de lei ou contrato, de modo que se abre nova demanda, de caráter regressivo. No mais, a relação da administradora de plano de saúde com o seu contratante se trata de relação de consumo, tendo o Superior Tribunal de Justiça já pacificado o entendimento de que é inadmissível a denunciação da lide nas ações que versem sobre relação de consumo, como no caso em análise.

Nesse sentido cito os julgados abaixo:

**RECURSO ESPECIAL RESPONSABILIDADE CIVIL INDENIZAÇÃO POR DANOS**



**MORAIS DEFEITO NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO A CONSUMIDOR DENUNCIÇÃO DA LIDE INTERPRETAÇÃO DO ART. DO IMPOSSIBILIDADE.**

1. A vedação à denúncia da lide prevista no art. do não se restringe à responsabilidade de comerciante por fato do produto (art. do ), sendo aplicável também nas demais hipóteses de responsabilidade civil por acidentes de consumo (arts. e do ).

2. Revisão da jurisprudência desta Corte.

3. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO".

(REsp 1165279/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/05/2012, DJe 28/05/2012).

**E M E N T A AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DECLARATÓRIA. DENUNCIÇÃO DA LIDE. IMPOSSIBILIDADE. RELAÇÃO DE CONSUMO. ART. DO . AGRAVO NÃO PROVIDO.**

I. "Conforme a jurisprudência desta Corte, tratando-se de relação de consumo, protegida pelo , descabe a Denúnciação da Lide, a teor do art. do " (STJ, AgAREsp nº 201201329713, Rel. Min. Sidnei Beneti, DJE: 14/11/12).

II. Inadmissível trazer à lide pluralidade de réus nas ações consumeristas, pois dificulta a prestação jurisdicional ao consumidor, que é a parte vulnerável da relação jurídica, sendo cabível ação regressiva contra aqueles reputados corresponsáveis.

III. Agravo não provido.

(AI 0165892014 MA 0002940-94.2014.8.10.0000. Órgão Julgador. SEGUNDA CÂMARA CÍVEL

Relator ANTONIO GUERREIRO JÚNIOR. Publicação 11/06/2014).

Ante o exposto, por estar em afronta à jurisprudência do STJ, rejeito o Agravo Retido.

No mérito, alega a apelante que não cometeu nenhum ato ilícito, uma vez que autorizou todos os serviços requeridos pelo hospital, deixando efetivamente de autorizar apenas um exame, o Colangiorressonância Magnética, por não cobertura do Plano de Saúde.

Todo contrato de assistência à saúde possui natureza aleatória, por meio do qual o consumidor paga o valor mensal estipulado pela operadora do plano de saúde para ter garantido tratamento de saúde se e quando preciso; e que ao recusar cumprir o seu mister a Operadora de Plano de Saúde comete atitude juridicamente reprovável, a começar pela ofensa explícita à boa fé objetiva, protegida pelos artigos 422 e 423 do Código Civil e art. 4º, caput e I, III; art. 20, § 2º, e art. 51, IV e XV, § 1º, I, II, III, do Código de Defesa do Consumidor, sendo nulas as cláusulas contratuais que prejudicam a consecução do objeto central do contrato, qual seja, o pleno tratamento e a recuperação da saúde do consumidor, nos termos da lei.

Assim, subtende-se que quem contrata um plano de saúde, tem a expectativa de que a operadora do plano custeara tudo que for necessário ao restabelecimento de sua saúde, quando precisar utilizá-lo, não podendo frustrar a expectativa do consumidor.

No que diz respeito ao argumento de que o exame não fora solicitado por médico credenciado, Colangiorressonância Magnética, não assiste razão à



apelante uma vez que consta à fl. 50, requisição prescrita pelo Hospital Nossa Senhora Guadalupe, e posteriormente, à fl. 52, o respectivo resultado, no qual consta o nome da Dra. Esther Castello B. M. Miranda, credenciada da apelante e médica do referido hospital, tendo o exame sido custeado pelos familiares, já que essencial para a continuidade do tratamento da paciente e requeridos pelos médicos que acompanhavam o tratamento.

Assim, sem razão a apelante quanto ao entendimento de que não causou prejuízos aos apelados no momento em que negou a realização do exame, estando caracterizado tanto o dano material quanto o dano moral.

Nessa linha de entendimento cito os julgados abaixo:

Negativa de cobertura do exame de Exoma com sequenciamento, necessário para esclarecer apraxia oculomotora e leve alteração de equilíbrio do autor. Recusa da operadora fundada na ausência de inclusão do procedimento no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS). Postura abusiva da operadora. Interpretação à luz do Código de Defesa do Consumidor. Cobertura obrigatória. Sentença mantida. Recurso desprovido.

(Relator(a): Ana Lucia RomanholeMartucci; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 04/09/2015; Data de registro: 05/09/2015 1013401-31.2014.8.26.0011.

**CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. RECONHECIDA. CONFIGURADO O DANO MORAL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. PRECEDENTES.**

1. As instâncias ordinárias reconheceram que houve recusa injustificada de cobertura de seguro para o custeio do procedimento cirúrgico ocular corretivo e dos exames médicos prescritos, os quais, tardiamente, foram autorizados pela prestadora de serviço. Entendimento diverso por meio do especial demandaria o revolvimento do acervo probatório.

2. O Superior Tribunal de Justiça orienta que cabe reparação econômica em razão da abusividade de cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, 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. O plano de saúde não apresentou argumento novo capaz de modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado. Incidência da Súmula 7 do STJ.

4. Agravo regimental não provido.

(AgRg no REsp 1479410 SP 2014/0205526-0. Orgão JulgadorT3 - TERCEIRA TURMA. Publicação DJe 21/10/2014. Julgamento 2 de Outubro de 2014. Relator Ministro MOURA RIBEIRO).

**AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. LEI Nº /1998. IRRETROATIVIDADE. RECUSA DE COBERTURA. SÚMULA Nº 7/STJ. AUSÊNCIA DE FUNDAMENTO CAPAZ DE ALTERAR A DECISÃO AGRAVADA.**

1. Segundo o entendimento desta Corte, os contratos de plano de saúde



anteriores à vigência da Lei nº /1998 se submetem às normas do para o fim de aferir eventual abusividade.

2. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça reconhece que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para cada uma delas.

3. É abusiva a negativa de cobertura pelo plano de saúde de procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para preservar a saúde e a vida do paciente.

4. No caso, o tribunal de origem, com base nos elementos dos autos, interpretou o contrato de forma favorável à agravada, sendo inviável a alteração de suas conclusões na via eleita, haja vista a incidência da Súmula nº 7/STJ.

5. Agravo regimental não provido.

(AgRg no AREsp 475558 RJ 2014/0037396-3. Órgão Julgador T3 - TERCEIRA TURMA. Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA. Publicação DJe 02/06/2015. Julgamento 26 de Maio de 2015).

**AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. ALEGADA AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL. DOENÇA DIAGNOSTICADA E PREVISTA NO CONTRATO. TUTELA DE URGÊNCIA DEFERIDA. REQUISITOS PRESENTES. DECISÃO MANTIDA.**

1. Obrigação da operadora do plano de saúde de garantir o atendimento de seus beneficiários.

2. Alegação de que o tratamento solicitado não consta do rol de procedimentos previstos no Regulamento do Plano de Saúde.

3. O apelante não demonstrou que o contrato exclui o tratamento da doença. Submissão do ajuste às normas do . Cláusulas contratuais que devem ser interpretadas de forma mais benéfica ao consumidor.

4. Presentes os requisitos autorizadores do deferimento da medida.

5. Fumaça do bom direito consistente no dever do Plano de Saúde custear todas as despesas decorrentes da realização do tratamento necessário, cabendo ao médico estabelecer quais. Não há comprovação da desnecessidade do tratamento, limitando-se o plano de saúde a alegar ausência de previsão ou vedação expressa no regulamento do plano. 6. Perigo de prejuízo em favor do Agravado, considerando que em uma ponderação de valores a vida e saúde deste estão muito acima de interesses pecuniários do Plano de Saúde. 7. Decisão mantida.

(AI 00024427320148180000 PI 201400010024428. Órgão Julgador

3ª Câmara Especializada Cível. Relator Des. Hilo de Almeida Sousa. Publicação 01/07/2015. Julgamento 17 de Junho de 2015)

**APELAÇÃO CIVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAME. DANO MORAL. INDENIZAÇÃO DEVIDA. NEGOU-SE PROVIMENTO.**

1. Compete exclusivamente ao médico que acompanha o paciente a escolha da terapêutica mais adequada ao caso, sob pena de que a operadora do plano de saúde limite e conduza o tratamento do consumidor.

2. A recusa de cobertura a exame enseja a indenização por danos



morais, pois extrapola a esfera do mero dissabor, colocando o paciente em situação de extrema angústia e fragilidade emocional (R\$ 10.000,00).

3. Negou-se provimento ao apelo da ré..

(TJ/DF. 20150710173742 0016942-95.2015.8.07.0007 Órgão Julgador 4ª TURMA CÍVEL. Relator SÉRGIO ROCHA. Publicado no DJE: 26/01/2017. Pág.: 560/572).

Assim, considerando-se que a recusa indevida da cobertura de prestação do serviço de saúde gera no consumidor violação à integridade psíquica, configurado está o dano moral suportado, que deverá ser compensado financeiramente.

No que diz respeito ao dano material, verifica-se que os apelados foram obrigados a dispendir recursos para custear transporte em ambulância e exame de Colangiorrsonância Magnética, que deixaram de ser cobertos pelo plano de saúde.

Entretanto, cabe-me analisar os argumentos trazidos pela apelante para combater tal condenação.

Em relação aos recibos apresentados pelos autores (fls. 51, 59 e 62), alega a apelante que são imprestáveis como prova, já que emitidos em nome de pessoa jurídica estranha aos fatos narrados na inicial; além de não fazerem qualquer menção ao nome do paciente transportado ou aos locais de partida e chegada, entendo que servem para atestar os gastos dispendidos pela família por se aproximarem do real - é o que se denomina teoria da aparência, pela qual uma pessoa, considerada por todos como titular de um direito, embora não seja, leva a efeito um ato jurídico como terceiro de boa-fé - já que utilizados no período da enfermidade da falecida.

No que concerne ao serviço de ambulância, especialmente quando para transferência de paciente de um hospital ao outro em razão da falta de especialidade no local, é obrigação do hospital; e, conforme já pacificado na jurisprudência pátria, caso não possuam ambulâncias para a locomoção dos pacientes, terão de arcar com as despesas pertinentes ao transporte. E se o paciente se encontrava no hospital acobertado pelo plano de saúde, cabe a este também tal obrigação.

Diante de tais circunstâncias, tenho que se mostra escorreita a r. sentença ao determinar que o apelante devolva aos apelados o valor dos prejuízos materiais suportados, bem como pague a indenização por dano moral, os quais são patentes na espécie, eis que plenamente demonstrados os fundamentos suficientes à imposição do dever de reparar, caracterizados pela situação que infligiu aos autores.

Nesse sentido, a título de ilustração, cito o julgado abaixo:

**AGRAVO REGIMENTAL EM APELAÇÃO CÍVEL - OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PERDAS E DANOS - UNIMED - NEGATIVA DE COBERTURA - ABUSIVIDADE - CONDENAÇÃO AO RESSARCIMENTO DOS VALORES DESPENDIDOS PELO CONSUMIDOR EM CARÁTER DE URGÊNCIA - DECISAO MANTIDA - AGRAVO REGIMENTAL NAO PROVIDO.**

Desse modo, ainda que o recorrido tenha deixado de migrar (optar) pela formalização de novo contrato com coberturas mais abrangentes, na forma





prevista na Lei n.º /98, entendendo que tal situação não retira a abusividade das cláusulas pactuadas, mormente porque, in casu, restou evidenciado o caráter emergencial, tanto para a realização do exame de tomografia computadorizada, como para os atos posteriores, tendo em vista que referido exame identificou a existência de aneurisma cerebral no paciente, que após outras complicações, necessitou implantar micromolas via endovascular no cérebro, vindo a falecer pouco mais de dois meses após o ajuizamento da ação.  
(AGR 22765 MS 2008.022765-5/0001.00. Órgão Julgador 2ª Câmara Cível. Relator. Desª. Tânia Garcia de Freitas Borges. Publicação 02/03/2012).

Assim, caracterizado está o dano material que deverá ser indenizado.

Com relação a inocorrência de repetição do indébito, assiste razão à apelante.

A devolução em dobro pressupõe a ocorrência do pagamento efetuado por erro decorrente de dolo ou culpa do credor. Inexistindo essa prova descabe a restituição em dobro.

In casu, inexistiu cobrança indevida ou mesmo má fé do plano de saúde, um vez que deixou de autorizar a realização de exame pautado em contrato firmado entre as partes, embora agora reconhecido como abusivo, pelo que entendo que deve ser reformada a sentença nesse sentido, mantendo-se a condenação por dano material apenas do valor dispendido pelos apelados, ou seja, no valor de R\$ 2.730,00 (dois mil, setecentos e trinta reais), devidamente corrigido pelo INPC, desde a data do devido desembolso e acrescido de juros mora 1% ao mês, a partir da citação.

Passo a análise do recurso interposto pelo segundo réu, Hospital Guadalupe.

De início passo a apreciar as razões do Agravo Retido apresentado por ocasião da audiência preliminar (fl. 453-455), ante ao indeferimento da denúncia à lide dos médicos Dr. Erivaldo de Araújo Maués – CRM 4602 e Dra. Esther Castello Branco Mello Miranda – CR 3745, responsáveis pelo atendimento da paciente, aplicação de medicamentos, autorização de transferência e intervenção cirúrgica.

É sabido que a hipótese de denúncia da lide prevista no inciso III do art. 70 do CPC aplica-se quando há direito de regresso do denunciante em face do denunciado, em razão de lei ou contrato, de modo que se abre nova demanda, de caráter regressivo. No mais, a prestação de serviço médico se trata de relação de consumo, tendo o Superior Tribunal de Justiça já pacificado o entendimento de que é inadmissível a denúncia da lide nas ações que versem sobre relação de consumo, como no caso em análise, conforme já manifestado acima.

**RECURSO ESPECIAL RESPONSABILIDADE CIVIL INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS DEFEITO NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO A CONSUMIDOR DENÚNCIAÇÃO DA LIDE INTERPRETAÇÃO DO ART. DO IMPOSSIBILIDADE.**  
4. A vedação à denúncia da lide prevista no art. do não se restringe à responsabilidade de comerciante por fato do produto (art. do ), sendo aplicável também nas demais hipóteses de responsabilidade civil por acidentes de consumo (arts. e do ).



5. Revisão da jurisprudência desta Corte.  
6. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO".  
(REsp 1165279/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/05/2012, DJe 28/05/2012).

Na mesma linha de entendimento, segue o julgado abaixo:

RECURSO ESPECIAL. DENUNCIAÇÃO À LIDE. MÉDICA PLANTONISTA QUE ATENDEU MENOR QUE FALECEU NO DIA SEGUINTE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO CONTRA O HOSPITAL. DENUNCIAÇÃO DA MÉDICA À LIDE. IMPOSSIBILIDADE. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA. RELAÇÃO DE PREPOSIÇÃO DO MÉDICO COM O HOSPITAL. RESPONSABILIDADE OBJETIVA DO HOSPITAL. PRODUÇÃO DE PROVAS QUE NÃO INTERESSAM AO PACIENTE. CULPA DA MÉDICA. ÔNUS DESNECESSÁRIO.

1. A responsabilidade do hospital é objetiva quanto à atividade do profissional plantonista, havendo relação de preposição entre o médico plantonista e o hospital. Precedentes.
2. O resultado da demanda indenizatória envolvendo o paciente e o hospital nada influenciará na ação de regresso eventualmente ajuizada pelo hospital contra o médico, porque naquela não se discute a culpa do profissional.
3. Qualquer ampliação da controvérsia que signifique produção de provas desnecessárias à lide principal vai de encontro ao princípio da celeridade e da economia processual. Especialmente em casos que envolvam direito do consumidor, admitir a produção de provas que não interessam ao hipossuficiente resultaria em um ônus que não pode ser suportado por ele. Essa é a ratio do Código de Defesa do Consumidor quando proíbe, no art. 88, a denúncia à lide.
4. A culpa do médico plantonista não interessa ao paciente (consumidor) porque o hospital tem responsabilidade objetiva pelos danos causados por seu preposto; por isso, é inviável que no mesmo processo se produzam provas para averiguar a responsabilidade subjetiva do médico, o que deve ser feito em eventual ação de regresso proposta pelo hospital.
5. A conduta do médico só interessa ao hospital, porquanto ressaltado seu direito de regresso contra o profissional que age com culpa. De tal maneira, a delonga do processo para que se produzam as provas relativas à conduta do profissional não pode ser suportada pelo paciente.
6. Recurso especial conhecido e não provido.

(REsp 801691 SP 2005/0200144-0. Órgão Julgador T3 - TERCEIRA TURMA. Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA. Publicação DJe 15/12/2011).

Ante o exposto, por estar em afronta à jurisprudência do STJ, rejeito o Agravo Retido. Alega, ainda, as preliminares de impossibilidade jurídica do pedido dos autores/apelados, por entender que não restou configurado que a paciente foi infectada em suas dependências e de ilegitimidade passiva, pelo que



deve ser extinto o feito sem julgamento do mérito, uma vez que a sentença deixou de considerar que os médicos que atenderam a paciente não tinham vínculo algum com o recorrente e sim com a UNIMED.

Quanto ao argumento de que não restou configurado onde a paciente adquiriu a infecção, cabe destacar que o principal fato a ser considerado é a má prestação de serviço oferecido pelo hospital apelante, que por falta de equipamentos negligenciou o tratamento da paciente e a submeteu a correr riscos de infecção no momento em que autorizou o seu deslocamento para uma Clínica, e para outro hospital a fim de realizar exames e procedimento cirúrgico não alcançados pelo Hospital Guadalupe, tornando a sua responsabilidade objetiva, especialmente por estar credenciado junto a um plano de saúde do tamanho da UNIMED, sem condições para receber determinados casos, como o da situação em comento.

Além do que, permitiu que a paciente, depois de já internada, se deslocasse por diversas vezes, em taxi e ambulâncias pagas pela família, para Clínica, Hospital Porto Dias e Hospital Saúde da Mulher a fim de realizar procedimentos diversos, e a aceitou de volta em suas dependências, sem qualquer cautela quanto real ao estado de saúde da paciente, mesmo sabendo que a possibilidade de se adquirir infecção hospitalar, especialmente com o grau de gravidade que a paciente apresentava, é tão comum nos dias de hoje, pelo que rejeito a preliminar.

No que diz respeito a sua ilegitimidade, também entendo não lhe assistir razão, uma vez que o vínculo dos médicos que atendem em um hospital com a instituição hospitalar deve ser reconhecido, diante da presunção do trabalho subordinado decorrente da prestação pessoal de serviços.

Além do mais, a responsabilidade dos hospitais, a partir da vigência da Lei 8.078/90, passou a ser objetiva, levando em conta que são fornecedores de serviços, devendo, assim, responder pelos danos causados independente de culpa pelo serviço defeituoso prestado ou posto à disposição do consumidor.

A respeito do tema, preleciona Sergio Cavalieri Filho, (in Programa de Responsabilidade Civil, 5ª edição, 2ª tiragem, p. 382):

Os estabelecimentos hospitalares são fornecedores de serviços, e, como tais, respondem objetivamente pelos danos causados aos seus pacientes.

[...]

É o que o Código chama de fato do serviço, entendendo-se como tal o acontecimento externo, ocorrido no mundo físico, que causa danos materiais ou morais ao consumidor, mas decorrente de um defeito do serviço.

Essa responsabilidade, como se constada do próprio texto legal, tem por fundamento ou fato gerador o defeito do serviço, que, fornecido ao mercado, vem dar causa a um acidente de consumo. 'O serviço é defeituoso, diz o § 1º do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais o modo do seu fornecimento, o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam e a época em que foi fornecido'. Trata-se, como se vê, de uma garantia de que o serviço será fornecido ao consumidor sem defeito, de sorte que, ocorrido o acidente de consumo, não se discute culpa; o



fornecedor responde por ele simplesmente porque lançou no mercado um serviço com defeito.

Aplicáveis à espécie, portanto, o artigo 14 do CDC, e seus parágrafos, bem como o artigo 932, inciso III, do Código Civil, pelos quais o hospital deve ser responsabilizado não só pelo serviço defeituoso, mas também pela conduta culposa de seus empregados e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, pelo que rejeito mais esta preliminar.

No mérito, sustentou que em nenhum momento deixou de prestar assistência à paciente ou omitiu informação quanto ao seu estado de saúde e nem teve qualquer ingerência nas autorizações de exames de beneficiários da UNIMED; bem como que não foi responsável pelo atraso no atendimento e transferência da paciente, não sendo obrigada a indenizar os apelados por quaisquer danos.

Compulsando os autos, verifica-se se o apelante negligenciou no atendimento à paciente, seja por não conseguir realizar exames e atendimento, por falta de equipamentos, seja por não possuir médico competente para realizar o procedimento cirúrgico necessários e até mesmo por não providenciar ambulância para o transporte da paciente, expondo-a, bem como a sua família, a todo tipo de transtorno psicológico e moral, enquanto o seu quadro de saúde só se agravava, pelo que restou configurada a má prestação do serviço e, conseqüentemente, o dever de indenizar.

Dessa forma, configurada está a falha na prestação do serviço que veio a causar transtornos que ultrapassaram a esfera do mero aborrecimento.

Sobre a matéria e a título de ilustração, os julgados abaixo:

Agravo Inominado. Direito do Consumidor. Responsabilidade Objetiva. Hospital. Falha na prestação de serviço. Negligência. Falta de atendimento adequado a menor que apresentava quadro de meningite. A autora foi transferida, em carro particular, para um hospital público sem nenhum boletim médico ou acompanhamento de profissional habilitado do Hospital que fez o primeiro atendimento. Se o plano de saúde não cobria a internação, cobria ao menos as primeiras doze horas de tratamento. Responsabilidade solidária do segundo Réu, Inexistência. Não há nos autos qualquer prova capaz de evidenciar a participação da operadora de plano de saúde nos fatos danosos descritos pela parte autora. Não existe qualquer comprovação de que o segundo réu tenha sido comunicado ou acionado para se pronunciar acerca de pedido de autorização para remoção em ambulância ou a internação da autora no hospital demandado. Trata-se da saúde do consumidor, um bem maior tutelado constitucionalmente, qualquer conduta negligente que possa acarretar prejuízo ao usuário do serviço deve ser punida, inclusive para obstar que o referido erro venha a se repetir. Dano moral que se operou in re ipsa. Valor fixado que atende às múltiplas finalidades do instituto, bem como aos critérios da razoabilidade e da proporcionalidade. Reforma da sentença de ofício, por se tratar de matéria de ordem pública, para determinar que os juros incidam a partir da citação, na forma do art. do . Recurso desprovido.



(APL 00055381120068190207 RJ 0005538-11.2006.8.19.0207. Órgão Julgador. VIGÉSIMA SEGUNDA CAMARA CIVEL. Relator DES. CARLOS EDUARDO MOREIRA DA SILVA. Julgamento 27 de Agosto de 2013).

**APELAÇÃO CÍVEL – RECURSO DO HOSPITAL – RESPONSABILIDADE CIVIL – NEGLIGÊNCIA HOSPITALAR COMPROVADA – CULPA OBJETIVA – PIORA NO ESTADO CLÍNICO DA PACIENTE – QUANTUM INDENIZATÓRIO MANTIDO – RECURSO IMPROVIDO.**

Todo o sofrimento, dor, abalo moral e psicológico causado à paciente não deve ser tratado com pouca importância e, evidenciado o nexo causal entre o ato praticado (negligência hospitalar) e o dano ocorrido (piora do estado clínico da paciente consistente nas lesões), evidente o dever de indenizar. Se a quantificação da indenização por danos morais foi realizada com ponderação e atentando-se para os fatos ocorridos, o abalo provocado e sua extensão, e com razoável verificação de que o quantum corresponde à adequada equação que impede o enriquecimento de quem dele se beneficia, e pune e previne, suficientemente, a conduta lesiva e sua reiteração, respectivamente, não se justifica sua diminuição. Recurso improvido.

(...) Deve ser mantido o valor da condenação se a quantificação da indenização por danos morais foi realizada com ponderação e atentando-se para os fatos ocorridos, o abalo provocado e sua extensão, e com razoável verificação de que o quantum corresponde à adequada equação que impede o enriquecimento de quem dele se beneficia, e pune e previne, suficientemente, a conduta lesiva e sua reiteração, respectivamente. Recurso improvido.

(APL 00031529720108120001 MS 0003152-97.2010.8.12.0001. Orgão Julgador 1ª Câmara Cível

Relator Des. Marcelo Câmara Rasslan. Publicação 23/03/2016).

**APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. APLICAÇÃO DO . DEMORA NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA A IDOSO, INTERNADO LOGO APÓS QUEDA DA QUAL RESULTOU FRATURA NO FÊMUR. CARÁTER DE URGÊNCIA DA CIRURGIA APONTADA PELO ESPECIALISTA QUE PRIMEIRO ATENDEU O PACIENTE. AGRAVAMENTO DO ESTADO CLÍNICO DO PACIENTE, COM PROLONGAMENTO DE TEMPO DE INTERNAÇÃO, RESULTANDO EM SEU ÓBITO MESES APÓS. DEFEITO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO. CONFIGURADA NEGLIGÊNCIA DO HOSPITAL. RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA. DEVER DE INDENIZAR AO FILHO. QUANTUM QUE DEVE ATENDER AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. APELAÇÃO CONHECIDA E PROVIDA. SENTENÇA REFORMADA.**

1. A relação oriunda dos contratos de prestação de serviços hospitalares é tutelado pela legislação consumerista, já que as partes contratantes se enquadram nos conceitos de consumidor e fornecedor previsto nos arts. e da Lei nº /90.

2. A responsabilidade civil é regulada pelo art. do , sendo assim, objetiva, respondendo o Hospital, independentemente de sua culpa, pelos danos em caso de defeito no serviço prestado. Ademais, diante



de sua atividade empresarial o Hospital está sujeita ao dever de segurança a ser garantido ao consumidor.

3. A documentação acostada aos autos indica que não foi dispensado o devido cuidado a idoso, pai do autor, que deu entrada em urgência do hospital com fratura em fêmur, razão porque se agravaram suas condições clínicas, prolongando tempo de internação e não realização de cirurgia, caracterizada como de urgência pelo próprio médico que fez o atendimento, resultando em seu óbito. Verificada demora em realização de exames preparatórios e, apesar de a cirurgia necessária ser apontada como de urgência pelo médico plantonista, só foi marcada pelo Traumatologista com 43 horas de internação do paciente, o que lhe trouxe sérios problemas, diante da espera. Ausentes justificativas plausíveis da demandada, diante do quadro clínico do paciente.

4. Diante da inexistência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do Autor, forçoso reconhecer a ofensa ao princípio da boa-fé objetiva e deveres anexos de segurança e de lealdade, disposto no art. , inciso do , e, reconhecer o dano moral, diante do histórico hospitalar percorrido pelo paciente, desde o dia de seu internamento até o seu óbito, em decorrência da falha médico-hospitalar.

5. Apelação conhecida e provida. Sentença reformada.

(APL 02050757420128060001 CE 0205075-74.2012.8.06.0001. Órgão Julgador 1ª Câmara Direito. Relator ROSILENE FERREIRA TABOSA FACUNDO. Publicação 01/12/2017).

Ante o exposto, caracterizada está a responsabilidade do estabelecimento hospitalar, que deverá responder, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados ao paciente em virtude de defeitos relativos à prestação dos serviços, conforme art. 14, § 1º, do CDC.

Resta, agora analisar o quantum arbitrado para a reparação do dano moral, e nesse ponto, analiso conjuntamente os dois recursos, uma vez que ambos os apelantes alegam que o valor estipulado viola o princípio da razoabilidade e da proporcionalidade, considerando as circunstâncias e peculiaridades do caso concreto; e que a condenação não pode representar o enriquecimento ilícito da outra parte pelo que requereram a reforma da sentença, com a devida redução.

Não se desconhece a dificuldade de fixar o valor suficiente a compensar o dano sofrido, sendo, por vezes, adotados alguns critérios, quais sejam: a) valor aproximado ao que a jurisprudência tem arbitrado para casos semelhantes ao dos autos; b) proporcionalidade, para evitar excesso ou insuficiência do valor arbitrado; c) satisfação da vítima e d) aspecto punitivo e dissuasório.

Acerca do arbitramento do dano moral, assim leciona Sergio Cavaliere Filho:

Creio que na fixação do quantum debeatur da indenização, mormente tratando-se de lucro cessante e dano moral, deve o juiz ter em mente o princípio de que o dano não pode ser fonte de lucro. A indenização, não há dúvida, deve ser suficiente para reparar o dano, o mais completamente possível, e nada mais. Qualquer quantia a maior importará enriquecimento sem causa, ensejador de novo dano.



Creio, também, que este é outro ponto onde o princípio da lógica do razoável deve ser a bússola norteadora do julgador. Razoável é aquilo que é sensato, comedido, moderado; que guarda uma certa proporcionalidade. Importa dizer que o juiz, ao valorar o dano moral, deve arbitrar uma quantia que, de acordo com o seu prudente arbítrio, seja compatível com a reprovabilidade da conduta ilícita, a intensidade e duração do sofrimento experimentado pela vítima, a capacidade econômica do causador do dano, as condições sociais do ofendido, e outras circunstâncias mais que se fizerem presentes.

In casu, entendo que a fixação da indenização por dano moral no valor de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), conforme operado pela r. sentença, mostra-se adequada a satisfazer a justa proporcionalidade entre o ato ilícito e o dano moral sofrido pelos apelados, bem como atende ao caráter compensatório e ao mesmo tempo inibidor a que se propõe a ação de reparação por danos morais, nos moldes estabelecidos na Constituição Federal, suficiente para representar um desestímulo à prática de novas condutas pelo agente causador do dano. Ademais, conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça, a revisão de valor arbitrado a título de indenização por danos morais somente é viável nas hipóteses em que o montante fixado pelas instâncias ordinárias for exorbitante ou irrisório.

O valor da indenização deverá, ainda, ser acrescido de correção monetária pelo INPC, a partir do arbitramento, na forma da Súmula 362, do STJ, e dos juros moratórios de 1% ao mês, contados da citação, por se tratar de responsabilidade contratual, estando correta a sentença combatida.

Isto posto, conheço dos recursos. Dou parcial provimento ao recurso da apelante UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, por reconhecer a desnecessidade de devolução em dobro dos valores pagos pelos apelados, pois inexistiu cobrança indevida ou mesmo má fé do plano de saúde, pelo que deve ser reformada a sentença nesse sentido, reduzindo o valor da condenação por dano material apenas da importância efetivamente dispendida pelos apelados, ou seja, para R\$ 2.730,00 (dois mil, setecentos e trinta reais), devidamente corrigido pelo INPC, desde a data do devido desembolso e acrescido de juros mora 1% ao mês, a partir da citação. Nego provimento ao recurso interposto pelo Hospital Nossa Senhora de Guadalupe, mantendo incólume a decisão a quo no que tange a condenação em dano moral.

É o meu voto.

Belém (PA), 30 de abril de 2018.

**LEONARDO DE NORONHA TAVARES**  
**RELATOR**