



SECRETARIA ÚNICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO.
AGRAVO INTERNO EM APELAÇÕES E REEXAME N. 0028728-40.2012.8.14.0301
COMARCA: CAPITAL
AGRAVANTE: IPAMB – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO
MUNICÍPIO DE BELÉM
ADVOGADO: GUSTAVO AZEVEDO RÔLA
AGRAVADO: VITOR HUGO MARTINS ALVES
ADVOGADO: BRUNA CRISTINE DE MIRANDA SANTOS
RELATORA: DESEMBARGADORA DIRACY NUNES ALVES

EMENTA: AGRAVO INTERNO EM APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE RESTITUIÇÃO DE VALORES C/C SUSTAÇÃO DE DESCONTOS EFETUADOS EM CONTRACHEQUES COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SERVIDOR SEGURADO DO IPAMB INSCRITO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE DO SERVIDOR - PABSS. NULIDADE DE FINANCIAMENTO REALIZADO PELO IPAMB PARA CUSTEAR TRATAMENTO DE SAÚDE. ALEGAÇÃO DE ATO VINCULADO A LEI 7.984/99 E DEMAIS LEGISLAÇÕES. INOCORRÊNCIA. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1. Plano de assistência à saúde de adesão facultativa. Equiparação do PABSS do IPAMB aos planos de saúde privados. Afastamento da aplicação do Decreto Municipal nº 37.522/2000 (Regulamento do Plano) e aplicação analógica das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Súmula 469 do STJ, pela qual aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde’.

2. Dano moral. Comprovação da limitação e vinculação do internamento e cirurgia à realização de contrato de financiamento do valor do material cirúrgico. Demonstração da negativa quanto ao pedido da demanda. Ilicitude demonstrada. A Corte Superior já sedimentou entendimento no sentido de que a recusa indevida ao tratamento é causa de dano moral, pois agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do segurado. Natureza in re ipsa, dispensam demonstração objetiva do dano, bastando a verificação da culpa e do nexos causal entre o comportamento e o evento danoso.

3. Recurso conhecido e improvido.

Vistos, relatados e discutidos os autos, em que são partes as acima indicadas, acordam os desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, por unanimidade, em conhecer e improver o recurso, nos termos do voto da relatora.

Plenário da 2ª turma de direito público do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, aos 16 de março do ano de dois mil e vinte (2020).

Desembargadora Diracy Nunes Alves
Relatora.



SECRETARIA ÚNICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO.
AGRAVO INTERNO EM APELAÇÕES E REEXAME N. 0028728-40.2012.8.14.0301
COMARCA: CAPITAL
AGRAVANTE: IPAMB – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO
MUNICÍPIO DE BELÉM
ADVOGADO: GUSTAVO AZEVEDO RÔLA
AGRAVADO: VITOR HUGO MARTINS ALVES
ADVOGADO: BRUNA CRISTINE DE MIRANDA SANTOS
RELATORA: DESEMBARGADORA DIRACY NUNES ALVES

RELATÓRIO

IPAMB - Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém, nos autos de ação de restituição de valores c/c sustação de descontos efetuados em contracheques com pedido de tutela antecipada e indenização por danos morais, movido contra si por Vitor Hugo Martins Alves, interpõe agravo interno frente decisão monocrática (fls. 204/210) que julgou as apelações interpostas por ambas as partes, deste modo, negou provimento ao recurso de apelação do IPAMB - Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém e deu provimento ao recurso interposto por Vitor Hugo Martins Alves, reconhecendo a incidência do dano moral na monta de R\$ 3.000,00 (três mil reais).

Aduz a legalidade do financiamento, uma vez que é realizado pelo plano de saúde dos servidores públicos municipais, denominado PABSS.

Diz que a legislação federal e a legislação concernente ao PABSS preveem a coparticipação do segurado no plano de saúde.

Diz que no presente caso, não se aplica o Código de defesa do consumidor uma vez que o PABSS não oferece plano de saúde em regime de livre concorrência no mercado.

Sustenta não caber restituição do valor dispendido na cirurgia, já que o PABSS tem sistema de co-participação.

Alude que o deferimento do pedido de restituição formulado na inicial significará a própria inviabilização do PABSS, trazendo prejuízo para mais de 40.000 pessoas.

Diz que o valor financiado não se refere ao valor da cirurgia e sim ao material cirúrgico indicado, que se encaixa na modalidade complementar da cobertura.

Argumenta que o PABSS não se trata de serviço público prestado pelo SUS e sim da assistência à saúde oferecida aos servidores públicos municipais.

Afirma competir ao município legislar sobre o sistema de saúde de seus



servidores.

Denega a existência de dano moral.

Requer o conhecimento e provimento do recurso.

Manifesta-se a parte agravada em contrarrazões (fls. 236/245).

VOTO

Inicialmente, faz-se necessário ressaltar que, de acordo com o que dispõe o art. 14, do CPC/2015, a norma processual não retroagirá, de maneira que devem ser respeitados os atos processuais e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada. Assim, considerando que o recurso deve observar a legislação vigente na data em que proferida a decisão recorrida, no caso, dia 25 de maio de 2014, passo a aplicar o CPC/73 ao exame da matéria, haja vista a prolação da sentença ser posterior à vigência da nova lei processual em 18 de março de 2016. Vejamos o teor do referido dispositivo:

Art. 14. A norma processual não retroagirá e será aplicável imediatamente aos processos em curso, respeitados os atos processuais praticados e as situações jurídicas consolidadas sob a vigência da norma revogada.

Conheço do recurso, eis que preenchidos os pressupostos de admissibilidade e não havendo questões prévias, adentro no mérito.

Da legalidade do financiamento

No presente caso, o agravado é servidor público municipal, sendo segurado do plano de assistência Básica à Saúde do Servidor - PABSS do IPAMB, conforme a lei 7.894/99. Ocorre que em agosto de 2011, sua dependente e esposa Shirley Cristiane Quadros Paixão passou por uma intervenção cirúrgica, ocasião em que teve que pagar os materiais cirúrgicos utilizados no valor de R\$ 16.413,80 (dezesesseis mil, quatrocentos e treze reais e oitenta centavos) por meio de financiamento em 60 (sessenta) parcelas descontados de seu contracheque.

Alega o agravante a legalidade na cobrança dos insumos cirúrgicos utilizados.
Vejamos.

No caso em questão, observa-se que se trata de plano de assistência básica oferecido por ente público integrante da Administração Pública Indireta, tendo como segurados os servidores públicos da Administração municipal e seus dependentes.

Como se vê, a presente demanda envolve direito fundamental e inalienável, qual seja, o Direito à Saúde, assegurado constitucionalmente nos artigos 196 e 197, senão vejamos:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação,



fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Segundo o ministro Alexandre de Moraes:

O direito à vida e à saúde, entre outros, aparecem como consequência imediata da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. Esse fundamento afasta a ideia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual. (.)

A seguridade social (Capítulo II do Título VIII da CF), nos termos do art. 194 caput e inciso I da Constituição Federal, compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, visando à universalidade da cobertura e do atendimento, com recursos provenientes das fontes de custeio elencadas no art. 195, incisos I, II e III, e § 4º, da Constituição Federal.

A assistência social, prevista no art. 203 da Constituição Federal, é prestada a todos os necessitados independentemente de contribuição, visando à proteção à família, à maternidade, além de garantia de salário mínimo mensal aos desprovidos de recursos, dentre outros objetivos.

Assim a seguridade social é destinada a toda a coletividade e deve ser prestada pelo Estado, sendo que somente a previdência social tem o caráter contributivo e de filiação obrigatória para a obtenção de seus benefícios, observado o seu regime geral.

Com efeito, a Lei Municipal nº 7.984 de 30/12/99, que dispõe sobre o plano de seguridade social aos servidores do Município de Belém, que instituiu o IPAMB, dispõe no art. 56 que:

O IPAMB prestará na forma estabelecida nesta Lei e seu Regulamento os seguintes benefícios:, inciso II - serviços, aos contribuintes e seus dependentes: item 1 - a Assistência à Saúde compreenderá: assistência médica, hospitalar, ambulatorial, laboratorial, psicológica, odontológica, fisioterápica, fonoaudiológica, de enfermagem, farmacêutica, terapia ocupacional; programas de saúde preventiva, saúde do trabalhador; empréstimo-saúde; órteses e próteses, conforme o Regulamento.

Assim, combinada a lei Lei Municipal nº 7.984, de 30/12/99 com o art. 149, § 1º, da Constituição Federal, verifica-se a impossibilidade de que os entes federados possam instituir contribuição cobrada de seus servidores para o custeio de assistência à saúde. Somente há autorização de cobrança de contribuição no caso de custeio de regime previdenciário, observada a redação dada pela EC 41/03, como também não era permitido em face do disposto da EC 20/98, posteriormente modificado pela EC 41/03.

Deste modo, inadmissível, em razão dos limites constitucionais, a cobrança compulsória de contribuição destinada ao custeio da assistência à saúde.

Atinente ao plano de assistência de saúde de adesão facultativa, que é paralelo ao sistema público do SUS- sistema único de saúde e que no caso



dos autos diz respeito ao PABSS - Plano de Assistência Básica a Saúde do Servidor do IPAMB - Instituto de previdência e assistência do município de Belém, este podem ser instituídos, sendo facultada aos servidores a sua adesão, todavia, aderindo o servidor ao plano, o regramento aplicado é o mesmo que o aplicado aos sistemas privados de saúde. Por conseguinte, tratando-se o PABSS do IPAMB, de plano de assistência de adesão facultativa, tal circunstância equipara estes aos planos de saúde privados, nos termos da súmula 469 do STJ, in verbis:

Súmula 469 do STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

Neste carreiro, equiparando-se o PABSS aos planos privados, deve ser assegurado a dependente do segurado/agravado tratamento necessário ao restabelecimento de sua saúde, sem qualquer custo adicional quando do uso de insumos cirúrgicos.

Não se pode admitir que o segurado de um plano de assistência à saúde tenha reconhecido seu direito à realização do tratamento médico de que necessita, mas não tenha acesso aos insumos, materiais ou quaisquer outros elementos que sejam essenciais para a efetividade do tratamento.

Quanto à obrigatoriedade de cobertura por parte do ente público Apelante em situações semelhantes à que ora se analisa, a jurisprudência deste Egrégio Tribunal tem sido no seguinte sentido:

Ementa: Agravo interno em agravo de instrumento. Decisão monocrática que negou seguimento ao recurso. PABSS. Plano de saúde municipal. Exigência de financiamento de material médico. Impossibilidade. Recurso conhecido e desprovido. (TJPA, 2017.02015694-06, 175.048, Rel. Ezilda Pastana Mutran, Órgão Julgador 1ª turma de direito público, Julgado em 2017-05-15, Publicado em 2017-05-19).

Ementa: Apelação cível em ação de obrigação de fazer. 1. A autora é funcionária pública ativa segurada no Plano de Assistência Básica à Saúde - PABSS do IPAMB; é portadora da doença Halux Valgus bilateral, conhecida como joanete - necessitando de tratamento cirúrgico de Osteotomia para garantir suas atividades diárias, sendo necessários matérias de fixação, conforme laudo médico acostado aos autos. São necessários para a realização da cirurgia os materiais a saber: Parafuso canulado 3.0mm (1 unidade) e Fio de Kirschinner (3 unidades), tendo Plano de Saúde se recusado a fornecer os referidos materiais (insumos). 2. A autora é portadora da doença Halux Valgus bilateral, comprovada por prescrição médica nos autos e a sua vinculação ao IPAMB, sendo segurada do Plano de saúde PABSS da referida autarquia, suficiente para confirmar o direito reconhecido pelo Juízo a quo, que determinou o Plano de Saúde arcar com o material necessário para a realização da cirurgia: Parafuso canulado 3.0mm (1 unidade) e Fio de Kirschinner (3 unidades). Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida. decisão unânime. (TJPA, 2016.01835345-36, 159.290, Rel. Marneide Trindade Pereira Merabet, Órgão Julgador 1ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA, Julgado em 2016-05-09, P. em 02 /05/2016).

Ementa: REEXAME NECESSÁRIO. MANDADO DE SEGURANÇA PRESTAÇÃO DE SAÚDE. IPAMB. PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS SERVIDORES DO



MUNICÍPIO DE BELÉM. LIMITAÇÃO DE HEMODIÁLISE A CINCO SESSÕES POR ANO. AFRONTA AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA. INTELIGENCIA DOS ARTS. 196 E 197 DA CF/1988 E ART. 51 DO CDC. SENTENÇA MANTIDA. REEXAME CONHECIDO E IMPROVIDO. 1. O cerne da presente questão está na possibilidade ou não da cobertura, pelo plano de saúde destinado aos servidores municipais IPAMB, de tratamento de saúde do Impetrante/sentenciado, incluindo a realização de sessões de hemodiálise, contudo, o Decreto nº 37.522/00 da PMB, que regulamentou a lei nº 7.894/99, estabeleceu a quota de cobertura de cada usuário, limitando a hemodiálise a 5 (cinco) aplicações por ano. 2. A limitação imposta pelo Decreto nº 37.522/00 da PMB, exorbita, sob qualquer ângulo de análise, ainda que sob o prisma da discricionariedade da Administração Pública, dos ditames constitucionais bem como do intuito do Código de Defesa do Consumidor, não sendo possível a sua aplicação. 3. Reexame conhecido e improvido, sentença mantida, nos termos do voto da relatora. (TJ-PA - REEX: 201430088620 PA, Relator: MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO, Data de Julgamento: 25/08/2014, 1ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA, Data de Publicação: 28/08/2014)

Do Dano Moral

Alega a inexistência de dano moral visto que os fatos narrados na inicial não proporcionaram ofensas à honra, dor ou abalos subjetivos.

Entendo não lhe assistir razão.

Como cediço, o sodalício superior já sedimentou entendimento no sentido de que a recusa indevida ao tratamento é causa de dano moral, pois agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do segurado, já em estado de dor, abalo psicológico e saúde debilitada.

Consubstanciando esse entendimento, seguem julgados do STJ:

Ementa: PROCESSO CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. INTIMAÇÃO DA DECISÃO RECORRIDA NA VIGÊNCIA DO CPC/1973. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA CONTRATUAL. DANOS MORAIS. DECISÃO RECORRIDA EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. Não há previsão legal e intimação da parte contrária para apresentar contrarrazões a agravo regimental. Precedentes. 2. Consoante a jurisprudência desta Corte, a recusa indevida da operadora de plano de saúde de custear o tratamento do segurado é passível de condenação por dano moral, uma vez que agrava a situação de aflição e angústia da pessoa enferma. 3. Agravo regimental a que se nega provimento (AgRg no AgRg no REsp 1540371/RS, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 24/05/2016, DJe 30/05/2016). Além disso, não há necessidade de comprovar o dano, pois este é presumível, conforme precedentes da Corte Superior:

Ementa: INDENIZAÇÃO. DANO MORAL. SEGURO. SAÚDE. Acometido de um tumor cerebral maligno, o recorrente viu a seguradora recusar-se a custear as despesas de cirurgia de emergência que o extirpou, ao fundamento de que tal doença não fora informada na declaração de saúde quando da assinatura da proposta de seguro de assistência à saúde. Só conseguiu seu intento em juízo, mediante a concessão de antecipação de tutela para o pagamento dos custos médicos e hospitalares decorrentes da cirurgia e o reembolso do que despendido em tratamento quimioterápico. Porém



pleiteiava, em sede do especial, a indenização por danos morais negada pelo Tribunal a quo. A Turma, então, ao reiterar os precedentes da jurisprudência deste Superior Tribunal, deu provimento ao recurso, por entender que a recusa indevida à cobertura é sim causa de dano moral, pois agrava a situação de aflição psicológica e de angústia do segurado, já em estado de dor, abalo psicológico e saúde debilitada. Anotou-se não ser necessário demonstrar a existência de tal dano porque esse decorre dos próprios fatos que deram origem à propositura da ação (in re ipsa). Ao final, fixou o valor da indenização devida àquele título em cinquenta mil reais. Precedentes citados: REsp 657.717- RJ, DJ 12/12/2005; REsp 341.528-MA, DJ 9/5/2005, e REsp 402.457-RO, DJ 5/5/2003, Ag 661.853-SP, DJ 23/5/2005. , Rel. Min. Jorge Scartezini, julgado em 21/11/2006.

Ementa: AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL PRESUMIDO. VALOR. RAZOABILIDADE. 1. A recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada enseja reparação a título de dano moral por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário, estando caracterizado o dano in re ipsa. 2. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante fixado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais apenas quando irrisório ou abusivo, circunstâncias inexistentes no presente caso. 3. Agravo regimental não provido. (AgRg no AREsp 830.456/DF, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 07/04/2016, DJe 15/04/2016.

Assim, demonstrada a ilegalidade da conduta do apelado em negar a cobertura assistencial de urgência ao apelante, exsurge a obrigação indenizatória a título de danos morais, uma vez que a imotivada recusa da cobertura pelo plano de saúde ou mesmo a mora no atendimento do segurado é suficiente para causar não só aflição e sofrimento ao segurado ao ver negado o tratamento à sua esposa dependente, porquanto o tratamento cirúrgico ficou condicionado ao pagamento dos insumos cirúrgicos.

Assim, no caso, entendo que a natureza do dano é in re ipsa, dispensando demonstração objetiva do dano, bastando a verificação da culpa e do nexo causal entre o comportamento e o evento danoso. Neste sentido:

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).

Destarte, confirmado o dever de indenizar, cumpre fixação do montante indenizatório. Não havendo critérios pré-estabelecidos para o arbitramento dos danos morais, a fixação do quantum indenizatório possui caráter subjetivo, cabendo ao juiz com base nos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, estimar um valor justo a título indenizatório. Observando-se as peculiaridades do caso concreto, tais como as condições econômicas e sociais do ofensor, as circunstâncias do fato e a culpa dos envolvidos, a extensão do dano e seus efeitos, fixo o valor em R\$ 3.000 (três mil reais), pois que suficiente para que o dano tenha caráter pedagógico e sem enriquecimento sem causa. O Superior Tribunal entende que o dano moral deve ser arbitrado de forma razoável e proporcional. Neste sentido:

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou o entendimento de que a revisão do valor a ser indenizado somente é possível quando exorbitante ou irrisória a importância arbitrada, em flagrante violação dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. (AgRg no AREsp 187598/RJ, 1ª Turma/STJ, rel. Min. Benedito Gonçalves, j. 28.08.2012, JD. 05.09.2012).

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. DANOS MORAIS. VALOR DA INDENIZAÇÃO. RAZOABILIDADE. O valor da indenização por danos morais deve ser fixado com moderação, considerando a realidade de cada caso, sendo cabível a intervenção da Corte quando exagerado ou ínfimo, fugindo de qualquer parâmetro razoável, o que não ocorre neste feito. - **DECISÃO AGRAVADA MANTIDA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS.**" (AgRg nos EDcl no Ag 1405847/PR, 3ª Turma/STJ, rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. 21.08.2012, DJ. 27.08.2012).

Desta feita, condeno o requerido a pagar ao autor a quantia de R\$ 3.000,00 (três mil reais) a título de indenização por danos morais, com incidência de juros de mora e correção monetária a partir do evento danoso, nos termos da súmula 43 e 54 do Superior Tribunal de Justiça.

Do dispositivo

Ante o exposto, conheço e nego provimento ao recurso, mantendo a decisão altercada.

Manutenção dos honorários fixados em sentença.

É como voto.

Belém, 16 de março de 2020

Desembargadora Diracy Nunes Alves

Relatora