

Plano de saúde - Urgência - Âmbito de abrangência do plano contratado - Ausência de especialista - Limitação de área geográfica - Negativa de cobertura - Dano material - Valor despendido - Dano moral

Ementa: Apelação cível. Plano de saúde. Urgência. Âmbito de abrangência do plano contratado. Ausência de especialista. Limitação de área geográfica. Negativa de cobertura. Dano material. Valor despendido. Dano moral.

- As cláusulas constantes de contrato de adesão devem ser interpretadas da forma mais favorável ao consumidor.

- É lícita a cláusula contratual que limita o atendimento a determinada área geográfica, entretanto, não havendo na área abrangida profissional ou hospital capacitado para realizar o tratamento do qual necessita o segurado, deve a operadora de plano de saúde custear o atendimento realizado em outra cidade.

- A negativa de integral cobertura a procedimento médico configura falha do serviço, sendo inegável o dano imaterial experimentado pelo paciente, que, já naturalmente fragilizado por seu estado clínico, vê-se injustamente desamparado pela prestadora de serviço de assistência médica.

- Doutrina e jurisprudência são uníssonas em reconhecer que a fixação do valor indenizatório deve-se dar com prudente arbítrio, para que não ocorra enriquecimento de uma parte, em detrimento da outra, bem como para que o valor arbitrado não seja irrisório. O valor fixado deve observar os critérios da razoabilidade e proporcionalidade, tal como assentado pelo Superior Tribunal de Justiça.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0145.11.013934-5/001 - Comarca de Juiz de Fora - Apelante: Unimed Juiz de Fora Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. - Apelados: L.R.S., representado por sua mãe, A.P.V.R.S., e outro, F.F.S. - Relator: DES. ESTEVÃO LUCCHESI

Acórdão

Vistos etc., acorda, em Turma, a 14ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos, à unanimidade, em NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO.

Belo Horizonte, 14 de junho de 2013. - *Estevão Lucchesi* - Relator.

Notas taquigráficas

DES. ESTEVÃO LUCCHESI - Cuida-se de ação de indenização ajuizada por A.P.V.R.S., F.F.S. e L.R.S. contra a Unimed - Juiz de Fora. Em sua inicial, os dois primeiros autores disseram ser genitores da terceira autora, que durante a gestação foi diagnosticada com dilatação do sistema ventricular cerebral e presença de "meningocele" na região sacral. Afirmaram ter o médico Dr. Humberto informado que a criança precisaria ser imediatamente operada após o seu nascimento, razão pela qual obtiveram junto a amigos a indicação de um especialista na área de neurocirurgia pediátrica. Disseram que o especialista asseverou ser necessária a realização de duas cirurgias de urgência, logo nas primeiras 4 horas de vida da terceira demandante. Alegaram terem feito a opção de parto na cidade do Rio de Janeiro, em virtude da ausência de especialistas em Juiz de Fora/MG. Afirmaram que a Unimed criou diversos empecilhos à cobertura, que foram desde a escolha do hospital até a exigência de que os médicos cooperados em Juiz de Fora atestassem sua incapacidade para realização do procedimento. Em razão do ocorrido, os autores disseram ter mudado de hospital às vésperas do parto, pois o hospital credenciado da Unimed se negou a realizar o procedimento. Aduziram, por fim, que a ré Unimed não se dispôs a ressarcir os primeiros autores de todos os gastos realizados. Dessa forma, requereram a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos materiais e morais.

Após regular tramitação do feito, o Ministério Público opinou pela procedência do pedido inicial (f. 390/400) e sobreveio a sentença de f. 401/410, que condenou a Unimed ao pagamento de indenização por danos materiais, consistente nas despesas suportadas pelos autores, bem como danos morais, no valor de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais).

Inconformada, a ré Unimed interpôs recurso de apelação às f. 422/434, no qual sustentou que o procedimento objeto da lide não seria de urgência, razão pela qual não seria devida a sua cobertura. Disse, ainda, que os autores optaram por realizar o procedimento fora da região de Juiz de Fora, concordando, dessa forma, com o reembolso de acordo com a tabela praticada pela Unimed. Afirmou, outrossim, não terem os autores sofrido dano moral indenizável, bem como ser excessiva a indenização fixada. Alegou, por fim, ser necessário minorar os honorários de sucumbência arbitrados.

Em contrarrazões, os autores rechaçaram os argumentos da apelante e pugnaram pela manutenção da sentença proferida (f. 437/449).

Às f. 461/468, a Procuradoria de Justiça manifestou-se pelo não provimento do recurso.

Conheço do recurso, pois presentes seus requisitos de admissibilidade.

Fixa-se, inicialmente, que a relação jurídica entabulada entre as partes, porquanto atinente a plano de saúde, caracteriza-se como consumerista, estando submetida às disposições do Código de Defesa do Consumidor. Nesse sentido dispõe a Súmula 469 do STJ:

"Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de Saúde".

Nesse contexto, é de se colocar em evidência que o contrato em questão é notoriamente classificado como de adesão, pois está claro que as cláusulas foram estabelecidas unilateralmente pela operadora de plano de saúde, sem qualquer possibilidade de discussão ou modificação de seu conteúdo pelo aderente.

De há muito a doutrina e o Judiciário vêm repelindo certas práticas das operadoras em face do leigo consumidor de saúde. A propósito, colham-se as importantes conclusões do Congresso Nacional do Consumidor sobre o tema Seguro-saúde e Planos de saúde, publicadas na *Revista de Direito do Consumidor*, nº 26, p. 254/246:

Na regulamentação da matéria, o interesse social deve prevalecer sobre o interesse econômico, levando-se em conta o direito fundamental à saúde e à dignidade da pessoa humana (aprovada por unanimidade).

A interpretação dos contratos deve ser feita sob a regra da boa-fé (aprovada por unanimidade).

Ao negar cobertura a determinados tipos de doenças a empresa atenta contra os direitos - absolutos - à saúde e à vida dos segurados e tal disposição será tida por ilícita exatamente porque descumprida está a função do contrato (aprovada por unanimidade).

Todas as cláusulas inseridas em contratos de seguro-saúde que denotem o exercício antifuncional do direito de contratar são ilícitas, por configurarem abuso deste direito (aprovada por unanimidade).

O abuso de direito constitui fundamento jurídico na proibição de clausular abusivamente nos contratos de seguro-saúde (aprovada por unanimidade).

A respeito dessa questão intrincada da previsão dos riscos e coberturas no contrato de seguro, observou com muita propriedade a Ministra Nancy Andrighi que:

Neste engenhoso mecanismo jurídico-econômico, a sociedade seguradora arrecada fundos junto a uma coletividade de pessoas, os segurados, celebrando contratos individuais, de forma que os esforços coletivos de poupança superem o valor de prejuízos estatisticamente verificáveis em certo período de tempo. Cada prejuízo individual é ressarcido pelo fundo comum administrado pela sociedade seguradora. Da diferença entre o total de indenizações pagas e o total de prêmios arrecadados, a seguradora retira sua remuneração. Assim, a necessidade de segurança contra riscos que são individualmente incertos leva um grupo de pessoas, sob a administração de uma seguradora, a um esforço mútuo e recíproco para se precaver contra prejuízos que são coletivamente, e segundo cálculos estatísticos, certos. Tal fato revela a natural dificuldade doutrinária de se classificar um contrato que é individualmente aleatório, mas coletivamente comutativo. Não se ignora, portanto, que o contrato de seguro se assenta

sobre a seleção de riscos, pois é inviável que um grupo de pessoas pretenda segurar-se contra todo e qualquer risco e, por outro lado, é inútil proteger-se contra nenhum risco.

É no processo de seleção de riscos que se revela o entrelaçamento de interesses que, em última instância, leva à celebração do contrato. O segurador busca maximizar as receitas que auferirá para administrar o fundo comum que irá cobrir riscos bem delimitados, enquanto o segurado quer se proteger contra o maior número de riscos pelo menor custo possível. A vontade livremente expressa pelas partes na escolha dos riscos cobertos pela apólice deveria revelar, portanto, o ponto ótimo de equilíbrio contratual. Ocorre que isso nem sempre ocorre na prática e, como consequência, o Poder Judiciário é frequentemente chamado a solucionar litígios que envolvem cláusulas defeituosas, práticas comerciais abusivas e eventual má-fé de uma das partes contratantes.

Trata-se de boa-fé objetiva, devendo ser compreendida como regra de comportamento, e não como mero estado subjetivo dos contratantes. Nesse sentido objetivo, a boa-fé exige que os contratantes se tratem com lealdade, de forma que a relação contratual não seja fonte de prejuízo para as partes. E, mais do que ser fonte de deveres laterais, a boa-fé exerce papel relevante na limitação ao exercício inadmissível de posições jurídicas. A boa-fé restringe, portanto, o exercício de direitos, para que não se configure a abusividade. O contratante não pode exercer suas pretensões de forma anormal ou exagerada com a finalidade de prejudicar o outro contratante. (STJ - Rel nº 763.648-PR 2005/0108429-5 - Rel.º Min.º Nancy Andrighi.)

Da doutrina, colhe-se:

[...] Em determinadas oportunidades, as operadoras adotam restrições quanto aos atendimentos dos consumidores ou exigem coprestações abusivas, impondo que os mesmos assumam custos arbitrários. Nos planos de saúde, a cobertura financeira de riscos de assistência à saúde não pode ser limitada, já que os usuários possuem o direito a um atendimento qualificado diante de qualquer moléstia que apresentem, desde que reconhecida pela Classificação Internacional de Doenças. (SILVA, Joseane Suzart Lopes da. *Planos de saúde e boa-fé objetiva*. Uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. 2. ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2010, p. 159.)

Registra-se que a saúde, como bem relevante à vida e à dignidade da pessoa humana, foi elevada pela atual Constituição Federal à condição de direito fundamental, não podendo ser, portanto, caracterizada como simples mercadoria nem pode ser confundida com outras atividades econômicas.

Na relação contratual, deve-se buscar a vontade das partes. Ao firmar um contrato de assistência à saúde, o consumidor visa à tranquilidade e segurança de um bom atendimento, pois o Poder Público, infelizmente, deixa a desejar no seu dever de garantir a saúde de seus cidadãos. O grande Carlos Maximiliano (in *Hermenêutica e aplicação do direito*. 6. ed., Freitas Bastos, p. 193) já dizia que:

Considera-se o Direito como uma ciência primariamente normativa ou finalística: por isso mesmo a sua interpretação há de ser na essência teleológica. O hermenêuta sempre terá em vista o fim da lei, o resultado que a mesma precisa atingir em sua atuação prática. A norma enfeixa um conjunto de

providências protetoras, julgadas necessárias para satisfazer a certas exigências econômicas e sociais; interpretada de modo que melhor corresponde àquela finalidade de assegurar plenamente a tutela de interesse para a qual foi redigida.

No caso em apreço, o plano contratado pelos primeiros autores assegura a cobertura de atendimento ao recém-nascido no primeiro mês de vida, de acordo com o art. 26, capítulo IV, título V, *in verbis*:

Art. 26 - É assegurada a inclusão:

l - Do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência, contanto, que, simultaneamente:

- a) Esteja previsto no plano (opção) o atendimento obstétrico, cujas carências já tenham sido cumpridas integralmente; e
- b) A inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.

Noutro passo, o conjunto probatório produzido nos autos permite concluir que o procedimento cirúrgico realizado era de urgência.

Conforme noticiado pelos autores e corroborado pelo documento carreado aos autos pelo Ministério Público à f. 144, o caso da terceira autora demandava a realização de cirurgia de urgência nas primeiras horas de vida da nascitura.

Com efeito, indiscutível o fato de que a ausência de cirurgia imediatamente ao nascimento da menor importaria em dano irreparável. Por oportuno, confira-se trecho do documento apresentado pelo MP:

Meningocele - O reparo operatório da meningocele nas primeiras horas de vida possibilita a sobrevivência da maioria esmagadora dos pacientes tratados, muitos dos quais morreriam por infecções do SNC, ou outras causas relacionadas à lesão, se não fosse por esse procedimento. Os fatores que afetam de maneira desfavorável a sobrevida e a função neurológica num período mais prolongado incluem uma paralisia nas extremidades superiores em um nível alto, cifose acentuada e hidrocefalia associada.

Não bastasse, no próprio contrato do plano de saúde, consta a definição de urgência como sendo:

Evento médico decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional (título II, art. 5º, inciso XXXVIII).

Nesse contexto, é válido ressaltar que, em se tratando de contrato de adesão, a interpretação da cláusula contratual deve ser feita de forma mais benéfica ao consumidor, conforme previsto no art. 47 do CDC, *in verbis*:

“Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”.

A respeito do tema, merece transcrição o comentário de Alberto do Amaral Jr.:

O art. 47 estabelece que não apenas em caso de dúvida, mas em qualquer hipótese, as cláusulas contratuais deverão ser interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor.

Assim, considerando o inegável caráter de urgência/emergência do tratamento médico indicado, tem-se que a negativa da seguradora em proceder à cobertura securitária foi, sem dúvida alguma, injustificada.

Doutro norte, não se desconhece a possibilidade de ajuste do chamado plano regional, assim entendidos aqueles planos que limitam o atendimento a determinada região geográfica, bem como a possibilidade de se limitar a cobertura a profissionais e estabelecimentos que se enquadrem na tabela de preços estipulada pela operadora.

Entretanto, o caso ventilado nos autos é peculiar, merecendo análise segundo as suas particularidades.

Com efeito, as respostas aos ofícios expedidos pelo Juízo confirmam a tese de que, em Juiz de Fora, não havia hospital com especialidade em neurologia infantil para atender de maneira eficiente o caso objeto da lide (f. 149, 151, 152, 153 e 154).

Assim, comprovou-se a inexistência de profissional habilitado no âmbito de abrangência do plano contratado, fato que obviamente justificou a procura de médico especialista em outra cidade.

Noutro passo, os autores informaram à f. 09 que, apenas dois dias antes da realização da cirurgia, o médico especialista disse que o hospital conveniado da Unimed havia recusado o atendimento, ao argumento de que o plano de saúde não teria autorizado sua realização.

Data venia, competia ao plano de saúde comprovar de forma segura a autorização do procedimento, bem como a disponibilização de especialista na área, sob pena de suportar o pagamento das despesas realizadas pelos autores.

Nesse diapasão, a urgência do caso aliada à inexistência de especialista em Juiz de Fora tornaram imprescindível a realização da cirurgia em outra cidade por médico especialista na área, sendo devida a cobertura do procedimento, pois o que se está em jogo é o bem maior da vida, que não pode ser sobreposto por simples interesses patrimoniais. Nesse sentido, inclusive deste Colegiado, confira-se:

Embargos infringentes. Plano de saúde. Cirurgia especializada. Ausência de condições técnicas e médicas no limite territorial do contrato. Possibilidade de extensão do limite do contrato. Dever de ressarcimento. CDC. Aplicabilidade. [...]. - Se o procedimento médico a ser submetido o paciente é de risco e se na cidade em que o segurado reside não há meios técnicos indispensáveis para realizar com sucesso tal procedimento, trata-se de situação de emergência, devendo a cirurgia ser realizada no local em que seja possibilitado sucesso no procedimento, sendo possível estender-se o limite do contrato de prestação de serviços. Os contratos de seguro-saúde, bem como os de assistência médica, têm como finalidade o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde do consumidor e de sua família ou dependentes e devem ser interpretados sob a luz das normas dispostas no Código de Proteção do Consumidor. (Embargos Infringentes 1.0024.07.465238-9/003, Rel. Des. Valdez Leite Machado, 14ª Câmara Cível, j. em 12.03.2009.)

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Câncer. Tratamento. Abrangência territorial. Limite. Possibilidade para procedimentos eletivos. Urgência. Doença em estágio avançado. Gravidade. Indicação médica. Necessidade de atendimento fora da área de cobertura constatada. Decisão confirmada. 1) São pressupostos para a existência da responsabilidade contratual: a existência prévia de contrato válido, 'inexecução do contrato, no todo ou em parte, a ocorrência do ilícito contratual, que se materializa através do inadimplemento ou da mora', 'o dano e a relação de causalidade entre este e o inadimplemento'. 2) O inciso X do art. 16 da Lei 9.656/98 permite que as operadoras de planos de assistência à saúde delimitem a área geográfica de abrangência do plano, exceto nos casos de urgência ou emergência. 3) Considerando-se a gravidade do caso, as diversas tentativas de tratamento na cidade de Juiz de Fora e o fato de que procedimentos específicos, com tecnologia de ponta, são realizados no Hospital Sírio Libanês, a decisão agravada deve ser confirmada. (Agravo de Instrumento Cível 1.0145.12.003116-9/001, Rel. Des. Marcos Lincoln, 11ª Câmara Cível, j. em 08.11.2012.)

Apelação cível. Plano de saúde. Limitação territorial. Urgência/emergência configuradas. Inadimplemento contratual. Danos morais. Ocorrência. - Restando incontroversa a urgência do tratamento cirúrgico, sendo ilegítima a recusa da seguradora à cobertura dos serviços médicos prestados em hospital diverso, situado fora da área de abrangência do plano, em razão do seu quadro de saúde, devendo a operadora do plano de saúde responder pelas despesas médicas e hospitalares, ainda que os serviços tenham sido prestados fora da região de cobertura do plano de saúde. Caracterizados a conduta antijurídica, o dano e o nexo causal que levam à responsabilidade civil de indenizar também por dano moral, pois inegável a dor pela ofensa, pois, em face da urgência do quadro de saúde da parte, não teve o amparo que esperava. Recurso improvido. (Apelação Cível 1.0024.09.737073-8/001, Rel. Des. Domingos Coelho, 12ª Câmara Cível, j. em 11.07.2012.)

Ação ordinária. Plano de saúde. Aplicação do CDC. Tratamento de radiocirurgia estereotáxica realizada em outro Estado. Limitação da área de cobertura. Situação emergencial. Dever de cobertura assegurado. Transporte aéreo. Despesas extras não abarcadas no contrato de plano de saúde. Ônus sucumbenciais. Redistribuição que se impõe. - Restando fartamente comprovado nos autos que o tratamento de radiocirurgia estereotáxica era um procedimento de extrema urgência e essencial à sobrevivência da autora, considerando-se a gravidade do caso e o fato de que o mencionado procedimento é menos invasivo e gera melhores resultados do que os procedimentos convencionais, ilícita é a negativa da empresa de assistência à saúde em cobrir os gastos com a radiocirurgia estereotáxica, sob o fundamento de que o aludido tratamento não está abrangido pelo contrato, por ser realizado fora da área de cobertura. [...] (Apelação Cível 1.0024.06.198256-7/001, Rel. Des. Arnaldo Maciel, 18ª C. Cível, j. em 30.08.2011.)

Numa outra perspectiva, quanto aos danos materiais, sustenta a recorrente que a condenação deve ser feita com base nos valores pagos pela Unimed de Juiz de Fora em sua área de atuação e abrangência.

Nessa quadra, deve-se ressaltar que a utilização da tabela da Unimed ocorreria se esta tivesse cumprido o contrato, de forma que, se o valor efetivamente devido

é superior, este fato, *data venia*, foi ocasionado pelo comportamento do Plano de Saúde.

Acerca do ponto, incensurável a ponderação realizada pela Promotora de Justiça:

Não se pode entender de forma contrária, nem que os autores podem receber apenas o ressarcimento de acordo com a tabela da Unimed. A Unimed, frise-se, não quis autorizar a realização do procedimento. Pagou-se a maior pela própria inércia desta e, por isso, tem essa o dever de indenizar todo o valor despendido pelos autores, acrescido de juros e correção monetária (f. 397).

Nesse ponto, a transcrição de f. 66, *data venia*, não elide o direito dos autores de ressarcimento das despesas que tiveram.

Dessa forma, é devida a indenização por danos materiais na exata medida das despesas suportadas pelos primeiros autores, com correção monetária desde o desembolso e juros de mora de 1% a partir da citação, tal como constou do dispositivo da sentença.

Sob outro enfoque, no tocante aos danos morais, o hodierno entendimento jurisprudencial, especificamente quanto à situação fática aqui analisada, tem-se inclinado a uma visão mais elástica, no sentido de que, relativamente ao relacionamento entre segurado e plano de saúde, em momentos críticos de atendimento de urgência, é evidente o dano moral sofrido por aquele que, em momento delicado de necessidade, vê negada a cobertura médica esperada.

Nesse particular, oportuno transcrever posicionamento adotado em voto proferido pela Ministra Nancy Andrighi, no REsp nº 993.876/DF, 3ª Turma, DJ de 18.12.2007:

[...] traçou-se um levantamento histórico da jurisprudência específica do STJ a respeito desse pedido de danos morais, ficando ali consignado que, de início, o Tribunal não reconhecia o direito à compensação, vislumbrando mero inadimplemento contratual nessas circunstâncias; porém, a partir de 2004, “passou-se a adotar tese segundo a qual o dano moral pela indevida recusa em fornecer o serviço de seguro esperado pelo consumidor, em momento de extrema angústia como a que se analisa nos presentes autos, decorre diretamente desse próprio fato [...].

Embora se reconheça que a regra geral, nessa matéria, seja a de que o mero inadimplemento contratual não gera, por si só, dano moral, verifica-se que, na hipótese dos autos, não é preciso que se demonstre a existência do dano extrapatrimonial. Acha-se ele *in re ipsa*, ou seja, decorre dos próprios fatos que deram origem à propositura da ação, pelos quais é possível verificar consequências de cunho psicológico que são resultado direto do inadimplemento culposos.

A propósito, confira-se o seguinte julgado:

Civil. Ação de indenização por danos materiais e compensação por danos morais. Negativa ilegal de cobertura, pelo plano de saúde, a atendimento médico de emergência.

Configuração de danos morais. - Na esteira de diversos precedentes do STJ, verifica-se que a recusa indevida à cobertura médica pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito daquele. Recurso especial provido. (STJ, REsp 907718/ES, 3ª Turma, Relatora Ministra Nancy Andrighi, j. em 07.10.2008.)

Do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, colhe-se:

Indenização. Danos morais e materiais. Código de Defesa do Consumidor. Defeito na prestação de serviços. Negativa de atendimento. Reparação devida. Valor. - Ao contrato de prestação de serviços de atendimento médico, denominado de plano de saúde, são aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor, evidenciando um contrato de adesão e uma relação de consumo entre os contratantes. A negativa indevida de atendimento dá ensejo à indenização por danos materiais e por danos morais, porque gera irrisignação, humilhação e perplexidade, obrigando o consumidor a realizar despesas que não esperava. Recurso provido. - V.v.: - Os constrangimentos pelos quais afirma a autora ter passado, diante da recusa de internação em apartamento com acompanhante para dar à luz a seu filho, por parte da ré, não passa de mero aborrecimento e dissabores, não ocorrendo o dano moral. (Apelação Cível nº 1.0699.08.083283-4/001, Rel.ª Des.ª Evangelina Castilho Duarte, j. em 16.09.2010.)

Ação de indenização c/c obrigação de fazer. Plano de saúde. Cobertura negada. Código de Defesa do Consumidor. Aplicabilidade. Fato negativo. Ônus do réu. Dano moral puro. Indenização devida. Majoração. Cabimento. Aplicáveis aos contratos de plano de saúde as regras do Código de Defesa do Consumidor. - A negativa de cobertura do plano de saúde por não encontrar sequer respaldo contratual é ilegítima e configura situação passível de compensação financeira pelos danos morais e materiais gerados, aqueles que decorrem da dor, angústia e sofrimentos desnecessariamente suportados pela autora em virtude da atitude abusiva da operadora. Não restando comprovado o nexo causal entre o valor gasto a título de danos materiais e a negativa de atendimento, deve ser mantida a improcedência do pleito. Em se tratando o caso de fato negativo, o autor não tem o ônus de provar a inexistência do fato constitutivo do aludido débito. O réu é que deverá provar esse fato. Ao autor, nesse caso, incumbirá provar o fato impeditivo, modificativo ou extintivo do mesmo débito, que porventura tenha alegado na inicial. A ocorrência do dano simplesmente moral, também chamado dano moral puro, sem repercussão no patrimônio, não exige do ofendido a prova efetiva do dano, bastando demonstrar os fatos e a existência de um constrangimento de tal porte que seja capaz de atingir a dignidade da pessoa humana. (Apelação Cível nº 1.0024.07.806087-8/002, Rel. Des. Rogério Medeiros, j. em 09.07.2009.)

Atento a essas orientações, tenho que no caso em apreço se encontra palpável a lesão de ordem moral à consumidora. O usuário suporta o pagamento mensal de plano de saúde particular, com pesados custos, justamente para que, quando lhe falte a saúde, tenha a segurança de ser amparado, não por mera liberalidade, mas em virtude do cumprimento de uma obrigação avençada.

Inegavelmente, quando somos portadores ou estamos às voltas com familiares com graves problemas de saúde, encontramos-nos mais fragilizados e sensíveis

em virtude da doença que nos visita. Todos nos abastecemos de esperança e nos fortalecemos para enfrentar e superar esta adversidade. A luta pela sobrevivência é um instinto natural do ser humano.

Todavia, em virtude de uma equivocada e injusta interpretação da operadora do plano de saúde, contrariando, na maioria das vezes, a solicitação do médico e a pacífica jurisprudência, somos impedidos de ter acesso a determinado recurso médico que nos possibilitaria continuar vivendo. Nesse momento delicado, nossa ilusão de amparo é prontamente modificada para abandono, e como não se sentir agredido em virtude dessa grave violação?

Dessarte, essa recusa abusiva nos gera inegável abalo moral. Somos agredidos em nossa esfera psíquica, nossas emoções são provocadas, nossa indignação é acionada, nossa paz é perturbada, nossa alma é magoada, nossa esperança é mutilada; assim, esse quadro não equivale a mero dissabor, que faz parte de nosso cotidiano; pelo contrário, estamos em uma situação excepcional de anormalidade, mas, mesmo assim, impiedosamente, não somos amparados e somente estaremos livres dessa situação se buscarmos o auxílio do Judiciário.

Outrossim, entendo que o caso em questão merece especial apreço. As empresas operadoras de plano de saúde são de grande porte e suas ações causam reflexos num universo considerável de consumidores; por isso, deveriam agir com mais prudência na relevante prestação dos serviços médicos, adotando uma postura mais humana e razoável diante dos tratamentos que lhes são solicitados.

Penso que, tal como ocorre na hipótese em apreço, quando a jurisprudência já se sedimentou no sentido de manter a cobertura, não deveriam resistir a proporcionar ao paciente e aos familiares o indispensável alento no momento crucial da existência, sob pena de prejudicar pessoas de boa-fé.

Com efeito, encontram-se presentes, na presente hipótese dos autos, os requisitos necessários à configuração do dano moral, quais sejam: a relação jurídica entre as partes; a recusa injustificada da ré a fornecer cobertura médica adequada, sem que fosse possível arguir, diante da urgência do caso, que o tratamento requerido estava fora do âmbito de proteção contratual; e o dano sofrido.

Nessa quadra, sabe-se que a mensuração do dano moral é tarefa extremamente difícil imposta ao magistrado, tanto pela sua própria natureza quanto pela falta de critérios objetivos. Nesse sentido é a lição de Sérgio Cavalieri, senão vejamos:

[...] não há valores fixos, nem tabelas preestabelecidas, para o arbitramento do dano moral. Esta tarefa cabe ao juiz no exame de cada caso concreto, atentando para os princípios aqui enunciados e, principalmente, para o seu bom senso prático e a justa medida das coisas. (CAVALIERI, Sérgio. *Programa de responsabilidade civil*. 2. ed. Editora Malheiros, p. 83.)

E o magistério de Maria Helena Diniz e de Caio Mário da Silva não discrepa:

Na reparação do dano moral, o magistrado deverá apelar para o que lhe parecer equitativo ou justo, agindo sempre com um prudente arbítrio, ouvindo as razões das partes, verificando os elementos probatórios, fixando moderadamente uma indenização. O valor do dano moral deve ser estabelecido com base em parâmetros razoáveis, não podendo ensejar uma fonte de enriquecimento nem mesmo ser irrisório ou simbólico. A reparação deve ser justa e digna. Portanto, ao fixar o *quantum* da indenização, o juiz não procederá a seu bel-prazer, mas como um homem de responsabilidade, examinando as circunstâncias de cada caso, decidindo com fundamento e moderação. (DINIZ, Maria Helena. *Revista Jurídica Consulex*, nº 3, de 31.3.97.)

[...] na ausência de um padrão ou de uma contraprestação que dê o correspondente da mágoa, o que prevalece é o critério de atribuir ao juiz o arbitramento da indenização [...]. (PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de direito civil*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense, v. II, p. 316.)

Noutro passo, em todo e qualquer caso de responsabilidade civil, deve o julgador observar a finalidade compensatória da indenização por danos morais.

Assim, doutrina e jurisprudência convergem no sentido de que, para a fixação do valor da compensação em casos como este, deve-se considerar a extensão do dano experimentado pela vítima, a repercussão no meio social, a situação econômica do ofendido, bem como do agente causador do dano, para que se chegue a uma justa composição, evitando-se, sempre, que o ressarcimento se transforme numa fonte de enriquecimento injustificado, ou seja, inexpressivo.

Em outras palavras, o valor fixado deve observar os critérios da razoabilidade e proporcionalidade, tal como assentado pelo STJ:

Processual civil. Agravo regimental no recurso especial. Civil. Indenização. Dano moral. Herdeiros. Legitimidade. *Quantum* da indenização fixado em valor exorbitante. Necessidade da redução. Respeito aos parâmetros e jurisprudência do STJ. Precedentes. [...] - 2. O critério que vem sendo utilizado por essa Corte Superior, na fixação do valor da indenização por danos morais, considera as condições pessoais e econômicas das partes, devendo o arbitramento operar-se com moderação e razoabilidade, atento à realidade da vida e às peculiaridades de cada caso, de forma a não haver o enriquecimento indevido do ofendido, bem como que sirva para desestimular o ofensor a repetir o ato ilícito. (STJ, AgRg no Ag 850273/BA, Quarta Turma, Relator Min. Honildo Amaral de Mello Castro, j. em 03.08.2010.)

Na espécie, a indenização foi fixada de acordo com as peculiaridades do caso concreto e em atenção aos preceitos da razoabilidade e proporcionalidade, não merecendo, igualmente, qualquer censura.

Destarte, considerando toda a angústia, sofrimento e tristeza a que foram submetidas as partes, deve ser mantida a indenização fixada em R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), valor este que reputo justo e razoável.

Outrossim, registre-se que honorários de sucumbência fixados em 20% (vinte por cento) do valor da condenação atendem aos critérios legais e particularidades do caso, sendo desnecessária sua redução.

Por fim, esclareça-se que as questões pertinentes a eventual incidência de tributos sobre o valor da indenização prescindem de manifestação deste Colegiado.

Por todo o exposto, nego provimento ao recurso, mantendo incólume a sentença proferida pela Dr.^a Maria Lúcia Cabral Caruso.

Custas recursais, pela recorrente.

DES. VALDEZ LEITE MACHADO - De acordo com o Relator.

DES.^a EVANGELINA CASTILHO DUARTE - De acordo com o Relator.

Súmula - RECURSO NÃO PROVIDO.