APELAÇÃO CÍVEL Nº 269039-33.2014.8.09.0051 (201492690392)

COMARCA DE GOIÂNIA

3ª CÂMARA CÍVEL

APELANTE	**:**	**UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**
APELADO	**:**	**ISABELA CHRISTINA PERES TOSCANO DANTAS PASSETO**
RELATOR	**:**	**Juiz EUDELCIO MACHADO FAGUNDES**

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C RESTITUIÇÃO DE VALORES PAGOS E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL COM MIGRAÇÃO PARA O SUPLEMENTAR INDIVIDUAL/FAMILIAR. INEXIGIBILIDADE DE CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA. DANO MORAL CONFIGURADO. *QUANTUM* INDENIZATÓRIO. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO COM SEGUIMENTO NEGADO, NOS TERMOS DO ARTIGO 557, *CAPUT*, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL.

DECISÃO MONOCRÁTICA

Trata-se de Apelação Cível interposta pelo **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, devidamente qualificado nos autos da Ação Ordinária de Obrigação de Fazer c/c Restituição de Valores Pagos e Indenização por Danos Morais, promovida em

seu desfavor por **ISABELA CHRISTINA PERES TOSCANO DANTAS PASSETO**, contra a sentença de f. 284/300, prolatada pelo MM. Juiz de Direito da 16ª Vara Cível e Ambiental da Comarca de Goiânia/GO, Dr. Leonardo Aprígio Chaves.

O magistrado de primeiro grau julgou procedentes os pedidos iniciais, assegurando à autora a migração para o novo plano de saúde sem a necessidade do cumprimento do período de carência, vez que já satisfeito no plano de saúde coletivo/empresarial anterior, confirmando a liminar deferida. Condenou a ré ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de oito mil reais, corrigido monetariamente pelo INPC, a partir da data da sentença, acrescido de juros de mora de 1% ao mês, a partir da citação. Por conseguinte, condenou a ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em quinze por cento sobre o valor da condenação.

Irresignada com o *decisum*, a cooperativa ré interpõe apelo às f. 302/324, relatando pormenorizadamente os fatos correlatos à lide.

Afirma que a sentença vergastada analisou a Resolução nº 186 da Agência Nacional de Saúde Suplementar sem qualquer critério técnico, decretando a invalidade do regramento de forma equivocada e em desconformidade com julgado deste Sodalício.

Discorre sobre a violação do artigo 4º da Lei nº 9.961/2000, do artigo 3º, § 1º, da Resolução nº 13 do CONSU e do artigo

35-C, parágrafo único, da Lei nº 9.656/98.

Ressalta que a indenização por danos morais a qual foi condenada não é devida, por não ter inadimplido qualquer obrigação contratual, noutro plano, entende que o *quantum* indenizatório deve ser substancialmente reduzido.

Tece outras considerações embasadas no que entende ser seu direito e, ao final, requer a reforma do julgado apelado, a fim de que sejam julgados improcedentes os pedidos iniciais. Subsidiariamente, pleiteia a redução do valor da indenização a que foi condenada.

O preparo é visto à f. 325.

Juízo de prelibação positivado à f. 326.

Foram apresentadas contrarrazões ao apelo às f. 328/329, pugnando a recorrida a manutenção da sentença.

É o relatório.

Decido.

Presentes os pressupostos de admissibilidade do apelo e do recurso adesivo, deles conheço.

A priori, cumpre ressaltar a possibilidade do julgamento

monocrático dos recursos em tela, nos termos facultados pelo artigo 557, *caput*, do diploma processual, pois tratam de matéria manifestamente improcedente.

A controvérsia cinge-se na sentença proferida pelo magistrado *a quo* que julgou procedentes os pedidos iniciais, assegurando à autora a migração para o novo plano de saúde sem a necessidade do cumprimento do período de carência, vez que já satisfeito no plano de saúde coletivo/empresarial anterior, confirmando a liminar deferida. Condenou a ré ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de oito mil reais, corrigido monetariamente pelo INPC, a partir da data da sentença, acrescido de juros de mora de 1% ao mês, a partir da citação. Por conseguinte, condenou a ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em quinze por cento sobre o valor da condenação.

Do exame dos autos verifico que a sentença vergastada aplicou corretamente o direito ao caso *sub judice*, laborando de acordo com a lei, com a jurisprudência e bem analisando as provas produzidas nos autos, merecendo ser confirmada *in totum*.

Neste Trilhar, adoto como razão de decidir o ato judicial recorrido, valendo-me do que autoriza o parágrafo único do artigo 210 do **RITJGO**.

Passo a transcrevê-lo:

(...)
Inicialmente, importante consignar que a relação jurídica

existente entre as partes é tipicamente de consumo, sendo aplicáveis as disposições do Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula n. 469 do Superior Tribunal de Justiça, que assim dispõe:

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

Segundo consta dos autos, a autora era dependente de seu esposo que, em razão de contrato de trabalho, estava vinculado ao plano de saúde empresarial, fornecido pela requerida desde primeiro de abril de 2009 (fl. 59).

Entretanto, em virtude da extinção do contrato de trabalho, a autora e seu esposo manifestaram interesse em continuar a manter um plano de saúde com a requerida e, no dia 20 de abril de 2014, aderiram ao "plano de saúde suplementar individual/familiar" (fls. 31/45 e 301/309).

Ressalto que, na data da contratação do novo plano de saúde (20.04.2014), o antigo plano empresarial ainda estava vigente, tendo este cessado apenas no dia primeiro de junho de 2014, conforme se infere do documento de fls. 59.

Contudo, segundo a autora, ao contratar o novo plano, a requerida se negou a aproveitar o período de carência cumprido no plano anterior e, posteriormente, negou a cobertura de internação para realização de procedimento de emergência, sob a alegação de que a autora não havia cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, exigido pelo novo contrato, para fins de internação.

A requerida se limitou a dizer que a portabilidade não se aplica aos planos corporativos/coletivos e que, mesmo em caso de emergência, a contratante não faz jus à cobertura de internação antes de completado o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias.

O art. 3° da Resolução Normativa n. 186 de 2009 da Agência Nacional de Saúde dispõe sobre os requisitos para realização da portabilidade de carência entre os planos de saúde:

"Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado

do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos: (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

I - estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8º;

II - possuir prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem. (Redação dada pela RN nº 252, de 29/04/2011)

III - o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV - a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e
V - o plano de destino não estar com registro em situação "ativo com comercialização suspensa", ou "cancelado".

§1º As faixas de preço previstas no inciso IV deste artigo serão definidas em Instrução Normativa a ser expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos ? DIPRO e serão baseadas na Nota Técnica de Registro de Produto ? NTRP e/ou em outros instrumentos a serem definidos pela referida Diretoria."

No presente caso, a requerida alega que a autora não preenche os requisitos acima mencionados, uma vez que não comprovou que os planos de origem e de destino são compatíveis.

A mesma resolução acima citada define, em seu artigo 2°, inciso VI, como tipo compatível o "que permite ao beneficiário o exercício da portabilidade para um outro tipo por preencher os requisitos de segmentação assistencial, tipo de contratação individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo

empresarial e faixa de preço".

Embora o art. 3º da referida resolução não mencione o plano empresarial como hipótese a ensejar a portabilidade entre os planos de saúde, mas apenas os "planos de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão", tal fato não tem o condão de excluí-lo, pois a distinção entre o "Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial" e o "Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão", nos termos da Resolução n. 195/2009 da ANS (artigos 5º e 9º)[1] se apresenta somente na espécie do vínculo que a parte mantém com a contratante e o critério facultativo de adesão ao pacto, fatores que não servem para excluir o "plano empresarial" como hipótese para permitir a portabilidade de carências, sob pena de se desvirtuar da função social do contrato e ferir o princípio da isonomia.

Ademais, as cláusulas restritivas ao direito do consumidor devem interpretadas da forma menos gravosa, não sendo razoável que o aderente a plano de saúde veja-se desamparado no momento em que mais precise da prestação do serviço médico/hospitalar.

Portanto, evidenciando o preenchimento de todos os requisitos para a portabilidade do plano de saúde, não há motivos para exigir da requerente novo cumprimento do período de carência, quando já atendido no plano anterior.

Em casos semelhantes assim já decidiram os tribunais pátrios:

"AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - COBERTURA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA – CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO - IMEDIATA ADESÃO A PLANO INDIVIDUAL - INEXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE NOVO PRAZO DE CARÊNCIA OU COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - RECURSO DESPROVIDO. Cancelado do plano de saúde coletivo do qual a autora era beneficiária e tendo ela imediatamente aderido a um novo plano individual também oferecido pela ré, não há se falar em cumprimento de novo período de carência

1 Art. 5º: Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária […]
Art. 9º: Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: [...]

ou cobertura parcial temporária (CPT), para um tratamento que, inclusive, já se encontrava em andamento." (TJMG - Apelação Cível 1.0024.13.021382-0/002, Relator(a): Des.(a) Otávio Portes , 16ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 04/09/2014, publicação da súmula em 15/09/2014) (grifei)

"APELAÇÃO CÍVEL - PLANO DE SAÚDE - BENEFICIÁRIO - LEGITIMIDADE ATIVA - MIGRAÇÃO DE PLANOS - NOVO PRAZO DE CARÊNCIA - ABUSIVIDADE - BOA-FÉ OBJETIVA. [...] A concepção clássica do contrato, baseada nos princípios da autonomia privada e intangibilidade do contrato (pacta sunt servanda), foi superada, dando lugar à cláusula geral da boa-fé objetiva, ao princípio do equilíbrio econômico e à função social do contrato. Os contratos de planos de saúde submetem-se às disposições do Código de Defesa do Consumidor, que reputa abusivas as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade. Sob a ótica da legislação consumerista revela-se inaceitável a imposição de novo prazo de carência ao consumidor que migra de Plano de Saúde gerenciado pela mesma empresa. [...] (TJMG - Apelação Cível 1.0024.13.271378-5/002, Relator(a): Des.(a) Estevão Lucchesi , 14ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 04/09/2014, publicação da súmula em 12/09/2014) (grifei)

"APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. TROCA DE PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL para INDIVIDUAL. CONTINUIDADE DA RELAÇÃO JURÍDICA. EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA. SENTENÇA CONFIRMADA. PRECEDENTES DESCABIMENTO. DESTA CORTE E DO STJ. [...] POSSIBILIDADE. APELO DESPROVIDO E RECURSO ADESIVO PROVIDO EM PARTE." (Apelação Cível Nº 70046847554, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Luís Augusto Coelho Braga, Julgado em 24/10/2013) (grifei)

"PLANO DE SAÚDE. TROCA DE MODALIDADE. SUBSTITUIÇÃO DE PLANO EMPRESARIAL POR PLANO INDIVIDUAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXIGÊNCIA DE NOVO PRAZO DE CARÊNCIA. COBERTURA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES E CONSULTAS. 1. Tendo em vista os princípios que orientam o Código de Defesa dos Consumidores, e, uma vez que UNIMED PORTO ALEGRE e UNIMED CENTRAL NACIONAL, são pessoas jurídicas do mesmo grupo econômico, que atuam no ramo de

planos de assistência de saúde, responsáveis solidárias são pelas obrigações contratuais em face do autor. 2. Caracterizada, assim, a continuidade na relação contratual entre as partes, por meio da troca do antigo plano empresarial, para o plano individual, aproveita-se o período de carência já ultrapassado na modalidade Precedente da 1ª Turma Recursal: contratual anterior. 71002307171. 3. Com isso, deve a requerida arcar com os custos decorrentes dos procedimentos médico-hospitalares realizados pelo autor após a mudança de modalidade. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido." (Recurso Cível Nº 71003650017, Primeira Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Ricardo Torres Hermann, Julgado em 28/06/2012) (grifei)

"APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. CERCEAMENTO DE DEFESA NÃO CONFIGURADO. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. TROCA DO PLANO INDIVIDUAL PARA EMPRESAIAL. INEXIGÍVEL NOVO PRAZO DE CARÊNCIA. INCLUSÃO DA MÃE COMO BENEFICIÁRIA. CIRURGIA CARDÍACA. PACIENTE IDOSA. COBERTURA DEVIDA. [...] Ainda que a beneficiária tenha decidido trocar o plano de saúde, migrando do individual para o empresarial, à operadora é vedada a exigência de novo prazo de [...] Afastaram a preliminar e desproveram os apelos. Carência. Unânime." (Apelação Cível Nº 70042403741, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Artur Arnildo Ludwig, Julgado em 12/05/2011)

Mesmo que não houvesse transcorrido o prazo de carência exigido no contrato firmado entre as partes, observo que é injustificada a recusa da parte requerida quanto à autorização da internação e demais procedimentos para o tratamento da autora.

Isto porque o prazo de carência pactuado fica afastado diante da necessidade de atendimento emergencial, conforme se infere do art. 35-C da Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998:

"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)"

No caso dos autos, a parte autora estava em tratamento e necessitava realizar novo procedimento, consistente em internação para retirada endoscópica de cateter duplo, colocação endoscópica de cateter duplo e nefrolitotripsia extracorpórea (fl. 47 e 53), o que foi negado pela parte requerida (fls. 49/52).

Considerando o histórico da autora, descrito no relatório de fl. 47 e do prontuário médico juntado (fls. 110/279), não há dúvida que se tratava de procedimento de caráter emergencial, o que, inclusive, não foi contestado pela parte ré em sua defesa.

Assim, verificado o caráter de emergência exigido para a realização do procedimento, não há como prevalecer o prazo de carência pactuado, tendo em vista que o atendimento da requerente, após o prazo de carência, ofende as garantias de proteção ao direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana, previstos no artigo 5º da Constituição Federal.

Não se aplica, no presente caso, a Resolução n. 13 do Conselho da Saúde Suplementar (CONSU), como sustenta a parte requerida, pois não é cabível à agência fiscalizadora estabelecer restrições não previstas em lei, em detrimento do consumidor, uma vez que o art. 35-C da Lei 9.656/98 é taxativo ao determinar a cobertura em casos de urgência/emergência, não limitando esta cobertura a determinada quantidade de horas. Nesse sentido:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL E MORAL. COBERTURA. URGÊNCIA. RECUSA NO ATENDIMENTO. PRAZO DE CARÊNCIA. CLÁUSULA ABUSIVA. NULIDADE. CDC. DANO MORAL CONFIGURADO. NEGATIVA INJUSTA DE COBERTURA DO SEGURO DE SAÚDE CONTRATADO. DEVER DE INDENIZAR. 1. O contrato de seguro ou plano de saúde tem por objeto a cobertura do risco contratado, ou seja, o evento futuro e incerto que poderá gerar o dever de indenizar por parte da seguradora. Outro elemento essencial desta espécie contratual é a boa-fé, na forma do art. 422 do Código Civil, caracterizada pela lealdade e clareza das informações prestadas pelas partes. 2. Há perfeita incidência normativa do Código de Defesa do Consumidor nos contratos atinentes aos planos ou seguros de saúde, podendo se definir como sendo um serviço a cobertura do seguro médico ofertada pela demandada, consubstanciada no pagamento dos

procedimentos clínicos decorrentes de riscos futuros estipulados no contrato aos seus clientes, os quais são destinatários finais deste serviço. Inteligência do art. 35-G da Lei 9.656/98. Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça. 3. Verificado o caráter emergencial do tratamento de que necessitava a parte autora, não há como prevalecer o prazo de carência pactuado. Inteligência dos artigos 12 e 35-C da Lei 9.656 de 1998. 4. Inaplicável ao caso em tela a Resolução nº. 13 do Conselho da Saúde Suplementar (CONSU), que estabelece que, quando o atendimento de urgência/emergência ocorrer no período de carência, a operadora só está obrigada a dar cobertura para as 12 (doze) primeiras horas. Isso porque não é permitido à Agência fiscalizadora estabelecer restrições não previstas em lei, em detrimento do consumidor. 5. Pratica ato ilícito a operadora de plano de saúde que deixa de autorizar a internação de emergência de segurado/beneficiário do plano de saúde, ao argumento de que não transcorreu o prazo de carência para a internação. [...]" APELAÇÃO CONHECIDA E DESPROVIDA. (TJGO, APELACAO CIVEL 21874-76.2011.8.09.0051, Rel. DR(A). DELINTRO BELO DE ALMEIDA FILHO, 5A CAMARA CIVEL, julgado em 13/06/2013, DJe 1330 de 26/06/2013) (grifei)

Assim, não há falar em qualquer limitação temporal, quanto ao período de carência, para a realização de procedimento tido como emergencial.

A parte autora pleiteou, ainda, a condenação da requerida ao pagamento de indenização por dano moral.

Em que pese o mero inadimplemento contratual não gerar, por si só, o dever de indenizar, entendo que, no presente caso, a negativa da requerida de autorizar/custear o tratamento da autora gerou mais que meros dissabores, tendo em vista que o procedimento era imprescindível para o restabelecimento da saúde da autora.

Evidente, portanto, o abalo e transtorno psíquico a que foi submetida a autora que, fragilizada física e psicologicamente pela doença, precisou ajuizar demanda judicial para ver resguardado o seu direito.

Nesse sentido é o entendimento do Superior Tribunal de Justiça e demais tribunais pátrios:

"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE EMERGÊNCIA. INFARTO DO MIOCÁRDIO. PRAZO DE CARÊNCIA. CLÁUSULA ABUSIVA. RECUSA DE COBERTURA. DANO MORAL CONFIGURADO. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO. 1. "A cláusula que estabelece o prazo de carência deve ser afastada em situações de urgência, como o tratamento de doença grave, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse. Precedentes específicos da Terceira e da Quarta Turma do STJ" (REsp 1.243.632/RS, Relator o Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, DJe de 17/9/2012). 2. Nos termos da jurisprudência consolidada neste Pretório, é passível de condenação por danos morais a operadora de planos de saúde que se recusa injustificadamente a efetuar a cobertura do tratamento do segurado, sem que haja necessidade de comprovação do sofrimento ou do abalo psicológico, pois a sua ocorrência é presumida. 3. Agravo regimental a que se nega provimento." (AgRg no AREsp 474.625/MG, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 05/08/2014, Dje 21/08/2014) (grifei)

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE URGÊNCIA. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PACTA SUNT SERVANDA. NEGATIVA DE COBERTURA. EXIGÊNCIA DE PRÉVIAS CONSULTAS COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. INVIABILIDADE. CARÊNCIA AFASTADA. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. MANUTENÇÃO. ÔNUS SUCUMBENCIAIS MANTIDOS. I - Ainda que o contrato de plano de saúde celebrado entre as partes estabeleça a impossibilidade de custeio de qualquer procedimento, caso não respeitado o período de carência, disposição legal consubstanciada na Lei nº 9.656/98, dentre outras determinações, obriga-o a cobrir qualquer necessidade imperiosa e urgente na qual se encontre o aderente, nos termos do seu artigo 35-C, inciso I, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. [?.] III – É inegável o constrangimento sofrido pelo integrante do plano de saúde diante da negativa de cumprir o avençado, especialmente em se tratando de procedimento emergencial. Caracterizada a ilicitude da conduta da administradora e o nexo de causalidade entre esta e o indevido sofrimento experimentado pelo contratante, estão configurados os indispensáveis requisitos para o

reconhecimento do dano moral. Tal indenização tem a finalidade de prevenir eventuais abusos dos planos de saúde, sendo esta a mens legis do legislador, refletida pelo nosso Código de Defesa do Consumidor, que confere a estes normas protetivas de defesa desses direitos. [...] RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E DESPROVIDO? (TJGO, APELACAO CIVEL 337480-75.2012.8.09.0006, Rel. DR(A). WILSON SAFATLE FAIAD, 6A CAMARA CIVEL, julgado em 05/08/2014, DJe 1605 de 13/08/2014)

"PLANO DE SAÚDE. CONTRATAÇÃO DE PLANO INDIVIDUAL APÓS DESCADASTRAMENTO DE COLETIVO. RECONTAGEM DE CARÊNCIAS. IMPOSSIBILDIADE. PORTABILIDADE. RESOLUÇÃO DA ANS. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO IN RE IPSA. INDENIZAÇÃO DEVIDA. 1. Plano de saúde. Autora beneficiária de ajuste coletivo. Descredenciamento. Contratação de ajuste individual. Imposição de novas carências. Impossibilidade. Irrelevância da declaração de saúde que, ademais, não foi precedida de requerimento de exames pela ré. 2. Portabilidade de carências. Resolução da ANS. Recontagem de carências na contratação de plano individual após término de contrato coletivo. Ausência de carências no contrato anterior. Abusividade. Procedência do pedido. 3. Dano moral. Caracterização in re ipsa. Indenização devida (R$ 15.000,00). Recurso da ré não provido. Apelo da autora provido." (TJ-SP - APL: 40005834420138260071 SP 4000583-44.2013.8.26.0071, Relator: Carlos Alberto Garbi, Data de Julgamento: 22/07/2014, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 23/07/2014)

Em relação ao indenizatório, é sabido que este deve quantum possuir dupla função, qual seja, reparatória e pedagógica, objetivando tanto a compensação para a vítima, quanto a inibição de futuras condutas ilícitas.

No entanto, o valor da reparação deve ser fixado com parcimônia, de forma que não seja irrisório, mas também não venha acarretar o enriquecimento sem causa da vítima.

Em se tratando de responsabilidade contratual os juros devem incidir desde a data da citação, ao passo que a correção monetária tem como termo inicial a data do arbitramento (Súmula 362[2] STJ). Nesse sentido:

2 "A correção monetária do valor da indenização do dano moral incide desde a data do arbitramento".

> "[...] No que diz respeito ao termo inicial de incidência dos juros, a jurisprudência desta Corte é pacífica no sentido de que incidem, desde a citação, em casos de responsabilidade contratual, hipótese observada no caso em tela. 6.- A correção monetária deve incidir a partir do arbitramento do valor da condenação." (STJ, AgRg no AREsp 294670/BA (2013/0030535-8), Rel. Min. Sidnei Beneti, Terceira Turma, Dje 03.05.13).
>
> Ante o exposto, julgo os pedidos iniciais para PROCEDENTES assegurar à autora a migração para o novo plano sem a necessidade do cumprimento de período de carência já satisfeito no plano de saúde coletivo/empresarial anterior, ficando confirmada a liminar deferida.
>
> Condeno a requerida ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R$ 8.000,00 (oito mil reais), corrigido monetariamente pelo INPC, a partir da data da sentença, e acrescido de juros de mora de 1% ao mês, a partir da citação.
>
> Condeno a requerida ao pagamento de custas e honorários advocatícios que fixo em 15% sobre o valor da condenação. (…)

Corroborando o entendimento supra, confira-se os seguintes julgados:

> APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL COM MIGRAÇÃO PARA O SUPLEMENTAR INDIVIDUAL/FAMILIAR. INEXIGIBILIDADE CUMPRIMENTO PERÍODO DE CARÊNCIA. DANO MORAL e MATERIAL. QUANTUM MANTIDO. 1- Ocorrido a migração do plano de saúde empresarial para o suplementar individual/familiar, sem nenhuma interrupção, deve-se aproveitar as carências já cumpridas, em observância ao disposto na Resolução Nomativa nº 186/09, com as alterações dada pela RN 252, de 29/04/2011; 2- A recusa em fornecer a cobertura do tratamento médico, sem observação da legislação de regência, que dispensa a exigibilidade de período de carência quando houver a migração de plano, configura

responsabilidade objetiva passível de indenização pelos danos morais; 3- A verba indenizatória fixada em 5.000,00 (cinco mil reais), ficou bem abaixo da média estipulado pelo Tribunal da Cidadania, para reparação de danos morais em tais circunstâncias, motivo pelo qual não comporta a sua redução; 4- Os danos materiais são devidos porque comprovado que o Segurado teve de custear exames médicos, em razão da recusa da Unimed em efetuar a cobertura; Recurso de Apelação conhecido e desprovido. (TJGO, Apelação Cível nº 127976-20.2014.8.09.0051, Rel. Des. Itamar de Lima, 3ª Câmara Cível, DJe 1783 de 13/05/2015)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. RESCISÃO UNILATERAL. INADIMPLÊNCIA DA EMPREGADORA. POSSIBILIDADE. RECONHECIMENTO DO DIREITO À MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL. MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES PREVISTAS QUANTO À COBERTURA E CARÊNCIAS CUMPRIDAS. NOVA MENSALIDADE. 1 - De acordo com o Superior Tribunal de Justiça é possível o cancelamento unilateral do plano de saúde coletivo, pois o artigo 13, parágrafo único, II, "b", da Lei 9.656/1998, aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares. 2 - De acordo com precedente do mesmo tribunal superior, nessa hipótese de rescisão do contrato entre a empregadora e a operadora do plano deve ser oferecido ao empregado a mudança para plano de saúde individual. 3 - No novo plano a ser oferecido ao autor, devem ser aproveitadas as carências já cumpridas e mantidas as coberturas assistenciais anteriormente previstas, em observância às normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Resolução Normativa nº 186/09 e CONSU nº 19), bem como em atenção ao Código de Defesa do Consumidor e a preservação do direito à vida e assistência à saúde, até porque, está devidamente demonstrado que o requerente encontra-se em tratamento de saúde de doença severa, e não se pode admitir, por exemplo, a oferta de um plano que não contenha a cobertura para a doença em questão. (…). (TJGO, Apelação Cível nº 49856-15.2013.8.09.0142, Rel. Des. Alan S. de Sena Conceição, 5ª Câmara Cível, DJe 1657 de 27/10/2014)

Assim, concluindo que o juízo singular agiu acertadamente ao julgar parcialmente o pleito inicial, não merecem vingar

as pretensões recursais.

AO TEOR DO EXPOSTO, nos termos do art. 557, *caput*, do Código de Processo Civil, **NEGO SEGUIMENTO** ao recurso de apelação cível e ao recurso adesivo, por serem manifestamente improcedentes, por conseguinte, mantenho a sentença vergastada.

Intimem-se.

Transitada em julgado, volvam os autos ao juízo de origem, dando-se baixa de minha relatoria no sistema de 2º grau.

Goiânia, 03 de junho de 2015.

Juiz **EUDELCIO MACHADO FAGUNDES**

Relator em Substituição

8