



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000411924

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos do Apelação Cível nº 1023245-14.2022.8.26.0564, da Comarca de São Bernardo do Campo, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, são apelados SOPHIA SILVA REZENDE (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e DEBORA DE ALMEIDA SILVA REZENDE (REPRESENTANDO MENOR).

ACORDAM, em 9ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Negaram provimento ao recurso. V. U. Sustentou oralmente a Dra. Daniela Ávila Forti, OAB/PR 54.348.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmo. Desembargadores DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente) E ALEXANDRE LAZZARINI.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

GALDINO TOLEDO JÚNIOR
RELATOR
Assinatura Eletrônica



Apelação Cível nº 1023245-14.2022.8.26.0564

Comarca de São Bernardo do Campo

Apelante: Bradesco Saúde S/A

Apelada: Sophia Silva Rezende (menor)

Voto nº 42.378

PLANO DE SAÚDE - Negativa de cobertura de atendimento na modalidade home care - Pleito cumulado com indenização por danos morais - Procedência parcial decretada - Alegação da ré ora de que não houve negativa de cobertura, ora de que lícita a negativa ante ao fato de que o tratamento pretendido não consta do rol de procedimentos obrigatórios da ANS, nem do contrato - Inadmissibilidade de qualquer forma - Questão posta nos autos que não se trata de livre escolha do segurado entre a rede credenciada e a não credenciada, mas da impossibilidade da ré de comprovar a existência de profissionais e/ou clínicas especializadas na rede credenciada aptos a fornecer o tratamento consoante indicado no relatório médico - Tratamento domiciliar, ademais, indispensável para a manutenção da saúde da paciente, no intuito de se evitar agravamento do quadro clínico - Trato da moléstia que não se encontra excluído do contrato - Pedido médico e laudo pericial que justificam a necessidade do tratamento na modalidade home care indicado à autora - Dever da ré de implementar o tratamento, nos termos do laudo pericial e consoante determinado no decisum - Danos morais - Cabimento - Recusa baseada em cláusula contratual que, ao tempo da propositura da ação, já era reconhecida como nula pelo entendimento pretoriano - Conduta que, assim, passou a gerar dano moral pelos enormes dissabores e dificuldades trazidos ao consumidor prejudicado - Fixação da verba reparatória em R\$ 8.000,00 que se mostra razoável para compensar o sofrimento moral - Recurso desprovido.



1. Ao relatório constante de fls. 720/726 acrescento que a sentença julgou parcialmente procedente ação de obrigação de fazer, cumulada com indenização por danos morais, condenando a ré a implementar o tratamento *home care* indicado à autora, incluindo profissionais, insumos e equipamentos necessários, por 12 horas diurnas diárias, nos termos do laudo pericial, anotando que o atendimento será realizado pela equipe que já atende à autora, mediante reembolso integral pela ré, após apresentação de recibos respectivos, até que a requerida indique profissionais comprovadamente habilitados e aptos para atendimento de paciente com doença neuromuscular (conforme especificado no laudo pericial), quando então o atendimento será feito por profissionais credenciados ou à escolha da autora, mediante reembolso nos termos contratuais, bem como a reembolsar integralmente os valores já desembolsados referente ao tratamento *home care*, mediante apresentação de recibos, e a pagar indenização por dano moral no importe de R\$ 8.000,00, fixando a verba honorária em 10% sobre o valor da causa (R\$ 161,428,07 – fl. 24).



Volta-se a ré contra a decisão deduzindo em suas razões recursais de fls. 733/748, preliminarmente, falta de interesse de agir uma vez que nunca houve negativa para implementação do tratamento e que, assim que recebeu o relatório médico, tentou implementar o tratamento através da rede referenciada, mas não houve aceite da família. No mérito, alega que, caso a autora opte pelo tratamento com empresa particular, deve custeá-lo e, posteriormente, pleitear o reembolso, que será efetivado nos limites do contrato. Aduz que se trata de contrato de reembolso, com livre escolha do beneficiário, e que possui uma lista de médicos e hospitais referenciados, cujo custeio é feito diretamente ao prestador. Alega, ademais, que *“a cláusula contratual que prevê a exclusão do atendimento domiciliar não é abusiva”*, não havendo que se falar, assim, em pagamento de indenização por danos morais. Alternativamente, pugna pela redução da verba reparatória fixada.

Recurso regularmente processado, com oferecimento de contrarrazões às fls. 754/765. A D. Procuradoria manifestou-se pelo não provimento do reclamo (fls. 778/795).



2. Anoto, de início, que a preliminar de falta de interesse de agir aventada pela apelante confunde-se com o mérito e com ele será analisada.

No mais, consta dos autos que a autora, por intermédio de sua genitora, contratou plano de saúde junto à ré, e que esta, dentre outras coisas, se obrigou a lhe oferecer cobertura para tratamentos médicos e hospitalares.

Portadora de Atrofia Muscular Espinhal (AME) Tipo 1, entendeu por bem o médico que assiste a autora por uma rotina de reabilitação e cuidados multidisciplinares, além da prescrição de insumos e medicamentos, com recusa de cobertura pela ré.

Bem decidiu a lide o julgador monocrático, não assistindo razão ao apelo ofertado.

Anoto, em primeiro lugar, que a apelante ora alega que não houve negativa de cobertura do tratamento, ora alega que lícita a negativa de cobertura ante expressa cláusula de exclusão contratual, tornando bastante desconexa a sua defesa.

De qualquer forma, anoto que não se desconhece que o tema debatido neste processo foi recentemente analisado pelo C. Superior Tribunal de Justiça no



juízo dos EREsps 1886929 e 1889704, que reconheceu que o rol de procedimentos previstos pela ANS é, em regra, taxativo. No entanto, o entendimento da Corte Superior, prevê, em situações excepcionais, a possibilidade de discussão judicial acerca da cobertura de procedimentos não arrolados, sendo este o caso dos autos.

Vale anotar, ademais, que a Lei 14.454/2022 derrubou o rol taxativo da ANS e ampliou a cobertura dos procedimentos a serem autorizados pelos planos de saúde, que deverão ser aceitos desde que haja eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; tenha recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); ou tenha recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional.

Esclarece-se, ainda, que, não obstante todas as alegações da ré, a questão ora em debate não se trata de livre escolha do segurado entre a rede credenciada e a não credenciada, mas, do que se verifica dos autos, da impossibilidade de comprovação por parte da ré de existência de profissionais e/ou clínicas especializadas na rede credenciada



aptos a atender o caso específico da autora, conforme constante do laudo pericial.

Ademais, do que se verifica da documentação juntada às fls. 43/44, especificou o médico que assiste a autora que esta *“além do tratamento medicamentoso, é recomendado pelos protocolos internacionais de manejo terapêutico para o paciente com AME (...), uma intensa rotina de reabilitação e cuidados multidisciplinares para esses pacientes. A adequada reabilitação leva a melhora superior quando associada ao tratamento medicamentoso. Por esses motivos, a paciente tem indicação de manutenção de tratamento medicamentoso e de reabilitação e cuidados multidisciplinares, já que pelo seu status clínico ainda tem importantes riscos relacionados à hipotonia e fraqueza muscular, como a possibilidade de deformidades osteomusculares, comprometimento pulmonar grave, por exemplo. Deste modo, solicito a manutenção de home care...”* (fl. 43), demonstrando a necessidade do tratamento indicado para melhora na vida da paciente, não podendo a empresa prestadora de serviços de assistência médica interferir na indicação médica.

Além disso, consoante muito bem ponderado pelo julgador monocrático, *“Produzida a prova*



pericial para verificação da necessidade e limites do atendimento home care, o perito conclui em p. 635 que a paciente apresenta diagnóstico de atrofia espinhal progressiva tipo I e deleção completa do gene SMN1, em grau avançado de comprometimento motor (Grau IV Escala GMFSC), e que, além do tratamento medicamentoso, os protocolos internacionais para a gestão terapêutica de pacientes com atrofia muscular progressiva enfatizam a importância da abordagem abrangente que inclua reabilitação intensiva e cuidados multidisciplinares. Enfatizou em p. 636 que a paciente é aconselhada a manter tanto o tratamento medicamentoso quanto a participação ativa em programas de reabilitação e cuidados multidisciplinares e que tal recomendação é fundamentada em seu estado clínico atual. Em razão do quadro atual apresentado pela autora, o perito em p. 636 apontou indicações subsequentes: pediatra com especialização em doenças neuromusculares, uma vez por mês – não necessita ser em domicílio; neurologista pediátrico com experiência em doenças neuromusculares, uma vez por mês – não precisa ser em domicílio; nutrologista especializado em doenças neuromusculares, uma vez por mês – não necessita ser em domicílio; nutricionista com experiência em doenças neuromusculares, uma vez por mês – não necessita ser em



domicílio; fisioterapeuta motora quatro vezes por semana, com experiência em doenças neuromusculares – necessita ser em domicílio pois a frequência e a intensidade demandam; fisioterapeuta respiratória, uma vez por semana, com experiência em doenças neuromusculares – necessita ser em domicílio, pois a frequência e a intensidade demandam; hidroterapia, uma vez por semana, com experiência em doenças neuromusculares – necessita ser 'in loco'; fonoaudióloga, uma vez por semana, especializada em disfagia – necessita ser em domicílio, pois a frequência e a intensidade demandam; equipe de enfermagem disponível por 12 horas no turno do dia (sem negrito no original). Em resposta aos quesitos das partes, em p. 637, o perito respondeu que a autora não necessita mais de todos os suportes e cuidados recomendados por seu médico assistente, pois no momento da perícia, a terapia ocupacional não era mais necessária, pois a paciente recebeu alta do tratamento. Também respondeu que é necessário o atendimento por profissionais especializados em doenças neurológicas, não sendo necessária especialização em AME. Ainda respondendo aos quesitos das partes, o perito esclareceu que a autora não tem indicação de internação hospitalar (p. 638), necessitando, durante o dia, de uma técnica de enfermagem, além dos



profissionais descritos nas indicações de p. 636. Também respondeu o perito que, atualmente, o pessoal da enfermagem que cuida da paciente não poderia ser substituído por 'cuidadores' ou familiares treinados, devido ao grau de complexidade motora e dependência da criança, posto que cuidados com alimentação, troca de órteses, banho e vigilância dos sinais vitais requerem grau de treinamento específico com este tipo de paciente, pois ela apresenta elevado grau de hipotonia, deformidade da coluna e quadril, que se manipulados de forma inadequada, podem acarretar lesões osteoarticulares. A pontuação da autora obtida com aplicação das tabelas NEAD e ABEMID foi de 5 pontos, porém, o perito classificou a paciente como 'outros programas' listados no corpo do laudo (p. 639). A manifestação do perito, após apresentação de parecer divergente da ré, foi no sentido de que, embora a tabela NEAD não sugira atendimento de enfermagem com pontuação menor que 12 (no caso a da autora foi 5), a própria tabela estabelece que, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, deve-se prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional e procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo



outros programas de atenção à saúde. Pontou que a falta de indicação de internação domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 constantes de p. 639, não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3 e, no caso de divergência entre os dois, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente e a maior complexidade do quadro clínico da paciente, manifestada por hipotonia generalizada, justifica a presença do profissional técnico de enfermagem por 12h diurnas ...” (fls. 723/725).

Concluindo que: “Assim, não obstante as manifestações da ré, é certo que a autora necessita de tratamento 'home care', com profissional técnico de enfermagem por 12 horas diurnas, além das indicações constantes de p. 636, que demandam atendimento domiciliar, de modo a proporcionar à paciente adequado e digno tratamento em face da moléstia que a acomete. O laudo pericial foi claro ao indicar a necessidade de tratamento domiciliar por equipe multiprofissional, cabendo à ré possibilitar à autora o tratamento necessário” (fl. 725).

Em outras palavras, a limitação imposta excluiria o tratamento que foi prescrito como meio adequado e indispensável à tentativa de recuperação da higidez



física da paciente, negando, pois, o próprio objetivo do contrato, o que não pode ser admitido.

Ademais, em que pesem as alegações da ré, o tratamento domiciliar do tipo *home care* indicado à paciente não se trata de opção do segurado, na busca apenas de sua comodidade pessoal, mas providência indispensável para manutenção da saúde da paciente, posto que dele necessita para o tratamento do mal que a aflige, bem como para evitar o agravamento de seu quadro clínico.

E, por fim, como muito bem anotado pelo representante do *parquet*, *“não foram apresentados elementos de que a operadora ré tenha ofertado as intervenções prescritas ao paciente em sua rede credenciada, nos exatos termos da prescrição médica. É pouco crível que a representante da criança tenha recusado atendimento, devidamente disponível através de prestador credenciado, para buscar os atendimentos fora da rede, 'capricho' este que, além de acarretar incremento substancial nas despesas da família, nenhum benefício traria à paciente, cujo quadro é complexo e delicado”* (fl. 789).

Sendo assim, caberia à ré demonstrar a ineficácia do tratamento, não bastando mera informação médica, não o fazendo, sendo obrigação da ré, assim, com base



nas informações acima prestadas, implementar o tratamento *home care* indicado à autora, incluindo profissionais, insumos e equipamentos necessários, por 12 horas diurnas diárias, nos termos do laudo pericial e consoante o determinado no *decisum* , ante expressa indicação do médico que a assiste e pelos motivos acima expostos.

Quanto aos danos morais, não se pode negar os aborrecimentos decorrentes da incômoda situação pessoal da autora e da dificuldade da ré em dar imediato cumprimento ao contrato, sendo esses dissabores, por si só, ante a injustificada conduta da ré, suficientes para se deferir o direito à indenização por danos morais.

Ademais, não obstante as alegações da ré, fato é que, ainda que a recusa viesse, em um primeiro momento, amparada em cláusula contratual o que até então afastava o dever de reparar, é certo que a questão, ao tempo da propositura da lide, já estava plenamente definida pela jurisprudência dos Tribunais, em especial do Superior Tribunal de Justiça, pelo que não era mais lícito à ré abrigar-se em dispositivo sabidamente nulo para negar cobertura, razão pela qual sua conduta, neste caso como em outros semelhantes praticados por planos de saúde, deve ser, agora, entendida



como abusiva e apta a gerar dano moral, pelo enorme desconforto, dificuldades e temor pela própria vida acarretados ao consumidor.

Nesse passo: “AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL – DEMANDA POSTULANDO CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CONSISTENTE NO CUSTEIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS À SUA REALIZAÇÃO – DECISÃO MONOCRÁTICA DANDO PROVIMENTO AO APELO EXTREMO, A FIM DE, RECONHECENDO O DANO MORAL SOFRIDO PELA USUÁRIA DO PLANO DE SAÚDE, RESTABELECE O VALOR ARBITRADO NA SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INSURGÊNCIA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. 1. A jurisprudência do STJ é no sentido de que, a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em 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. Caracterização de dano moral *in re ipsa*. Precedentes. Incidência da Súmula 83/STJ. 2. Agravo regimental desprovido ” (4a Turma – AgRg no REsp 1459838/SP – Relator Ministro Marcos Buzzi – julg. 10/10/2015).



Ou ainda: “AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL PRESUMIDO. 1. A recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em 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. Agravo regimental não provido ” (3a Turma – AgRg no REsp 1537476/DF – Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva – 01/10/2015).

Note-se que essa vetusta orientação da Corte Superior Infraconstitucional não sofreu modificação, conforme decisões abaixo transcritas, todos dos últimos meses deste ano de 2.022.

Nesse sentido: “CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE). ÍNDOLE ABUSIVA DA CLÁUSULA DE EXCLUSÃO. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ.



INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. REDUÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. CRITÉRIOS DE RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE ATENDIDOS. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, "é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar" (AgInt no AREsp 1.725.002/PE, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 19/04/2021, DJe de 23/04/2021). 2. Consoante a jurisprudência do STJ, "a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em 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" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.963.420/SP, relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 14/2/2022, DJe de 21/2/2022). 3. Estando a decisão de acordo com a jurisprudência desta Corte, o recurso encontra óbice na Súmula 83/STJ. 4. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de indenização por danos morais pode ser revisto por esta Corte, tão somente nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade e



proporcionalidade, o que não ocorreu na hipótese, em que a indenização foi fixada em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), em decorrência da recusa indevida de cobertura da internação domiciliar contratualmente prevista.

5. *Agravo interno desprovido.* " (Quarta Turma, AgInt no AREsp 2107542/RJ, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, julg. 03/10/2022, destaques inexistentes no original).

Mais: "AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. RAZÕES DISSOCIADAS. SÚMULAS N°S 283 E 284/STF. REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO. INDENIZAÇÃO. DANOS MORAIS. CABIMENTO. VALOR. REDUÇÃO. SÚMULA N° 7/STJ. 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos n°s 2 e 3/STJ).

2. *É inadmissível o inconformismo por deficiência na sua fundamentação quando as razões do recurso especial estão dissociadas do que decidido pelo acórdão recorrido. Aplicação das Súmulas n°s 283 e 284 do Supremo Tribunal Federal.*

3. *Na hipótese, alterar a conclusão do tribunal local, que entendeu que o autor foi internado em situação de emergência,*



demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório dos autos, procedimento obstado pelo disposto na Súmula nº 7/STJ.

4. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, ante o reconhecimento de que houve a prática de ato abusivo pelo plano de saúde, deve ser reconhecido o direito ao recebimento de indenização por danos morais, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já abalado e com a saúde debilitada. Precedentes.

5. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante indenizatório fixado pelas instâncias ordinárias apenas quando irrisório ou abusivo, circunstâncias inexistentes no presente caso. 6. Agravo interno não provido ." (TERCEIRA TURMA, AgInt no AREsp 1979431/PE,

Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, julg. 26/09/2022, destaque inexistente no original)

Some-se: CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. PEDIDO DE TRATAMENTO. **RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM ENTENDIMENTO DO STJ. DANOS EXTRAPATRIMONIAIS**



CARACTERIZADOS. REEXAME DE PROVAS. DESCABIMENTO. SÚMULA N.º 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. Aplica-se o NCPC a este recurso ante os termos do Enunciado Administrativo n.º 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. 2. Nos termos da jurisprudência deste Corte, a natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS é desimportante à análise do dever de cobertura de medicamentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução normativa. Precedentes. **3. Existência de entendimento pacífico desta Corte Superior no sentido de que, nos casos em que a recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar impõe ao usuário de plano de saúde um grau de sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual, atingindo direito da personalidade, fica demonstrada a ocorrência de danos morais e caracterizado o direito à reparação**. Incide a Súmula n.º 7 do STJ, impedindo o conhecimento do recurso. 4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos



fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

5. Agravo interno não provido ." (TERCEIRA TURMA, AgInt no REsp 2001658/SP, Relator Ministro MOURA RIBEIRO, julg. 26/09/2022, destaquei).

Some-se mais: "AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO CONDENATÓRIO - DECISÃO MONOCRÁTICA DEU PROVIMENTO AO RECLAMO PARA RESTABELECER A SENTENÇA. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA. 1. Segundo a jurisprudência desta Corte, o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa indevida de cobertura de tratamentos de urgência ou emergência, há configuração de danos morais indenizáveis . Precedentes. 2. Agravo interno desprovido ." (QUARTA TURMA, AgInt no REsp 2005361/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, Julg. 26/09/2022 - destaque nosso).

Até mesmo esta C. Câmara assim já se decidiu em recente julgamento da lavra do E. Desembargador



César Peixoto: *"Ação cominatória destinada à cobertura de internação em regime de urgência/emergência, cumulada com a indenização por perdas e danos — Procedência parcial em primeiro grau — Irresponsabilidade do estabelecimento hospitalar — Prestação de serviços em caráter particular — Remuneração devida — Ilícito não configurado — Ilegitimidade da recusa por parte da operadora do plano de saúde — Inaplicabilidade do prazo de carência na hipótese — Tratamento baseado na orientação do médico assistente — Ilegalidade da negativa — Prejuízo extrapatrimonial caracterizado — Precedentes do Superior Tribunal de Justiça — Arbitramento razoável — Sentença mantida — Recursos não providos."* (Apelação Cível 1107482-49.2021.8.26.0100, julg. 8/11/2022).

Sobre a quantificação do valor reparatório, importante lembrar a lição sempre atual de Yussef Said Cahali, para quem: *"A sanção do dano moral não se resolve numa indenização propriamente dita, que indenização significa eliminação do prejuízo e das suas conseqüências, o que não é possível quando se trata de dano extrapatrimonial; a sua reparação se faz através de uma compensação, e não de um ressarcimento; impondo ao ofensor a obrigação de pagamento de uma certa quantia em dinheiro em favor do ofendido, ao*



mesmo tempo em que agrava o patrimônio daquele, proporciona a este uma reparação satisfativa” (Dano e Indenização, RT 1980, p. 26).

Nesse contexto, o valor deferido não pode ser tão alto que premie imoderadamente o ofendido, mas também tão ínfimo que estimule seu causador a não cessar prontamente seu proceder incorreto.

Sendo assim, ante a peculiaridade dos fatos, o valor da indenização fixado em R\$ 8.000,00 se mostra razoável para compensar o sofrimento moral suportado pela requerente.

Para os fins do disposto no artigo 85, § 11º, do Código de Processo Civil, fixo honorários advocatícios em favor do patrono da autora em mais 5% sobre o valor da causa.

3. Ante o exposto, meu voto nega provimento ao recurso.

Galdino Toledo Júnior
Relator