SENTENÇA

Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

Processo Digital n°: 1008547-70.2017.8.26.0566

Classe - Assunto Procedimento Comum - Planos de Saúde

Requerente: Thiago Menezes de Almeida

Requerido: Fundação Sistel de Seguridade Social

Juiz(a) de Direito: Dr(a). Daniel Luiz Maia Santos

Vistos.

Thiago Menezes de Almeida, curatelado representado por Maria Menezes de Faria, ajuizou ação de obrigação de fazer com pedido de indenização por danos morais contra Sistel - Fundação Sistel de Seguridade Social. Alega o autor, em síntese, que é filho de Antônio José de Almeida, falecido em 02 de junho de 2004, aposentado e casado com sua representante. Ele trabalhou por mais de três décadas na Companhia Telefônica Brasileira, o que lhe dava o direito de ser beneficiário do PBS/PAMA. O autor, em 08 de abril de 2003, sofreu grave acidente de trânsito, na cidade de Jacareí/SP e ficou totalmente inválido. Por isso, o pai do autor solicitou sua reinclusão no PBS/PAMA, nos termos do art. 8°, inc. II, do Regulamento, enviando toda a documentação exigida. O pai do autor acabou falecendo em 02 de junho de 2004, como visto. Após a morte do pai, a requerida emitiu carta de concessão onde a mãe foi declarada beneficiária e o requerente como filho/inválido. Apesar disso, a requerida não incluiu o autor como beneficiário, mesmo com a apresentação da documentação várias vezes exigida. Defende a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, com a inversão do ônus da prova. Aponta danos morais, haja vista os empecilhos indevidos para a inclusão do autor como beneficiário. Pede ao final que a requerida seja compelida a incluir o autor como beneficiário no PBS/PAMA e pagar indenização por danos morais no valor equivalente a R\$ 50.000,00. Juntou documentos.

A tutela provisória foi deferida.

A ré foi citada e apresentou contestação. Alegou, inicialmente, a falta de

Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

preenchimento dos requisitos para concessão da tutela de urgência, pois o autor perdeu a qualidade de beneficiário ao completar 21 anos, não tendo comprovado sua condição de hipossuficiente que justificasse a manutenção da cobertura. Afirmou ser uma entidade fechada de previdência complementar e seus participantes são as pessoas físicas que trabalhavam no antigo Sistema Telebrás, além de possuir autorização para fornecer aos seus beneficiários um plano de assistência à saúde. Prestou informações acerca do plano de assistência médica ao aposentado (PAMA) e suas coberturas, tendo afirmado que o autor era dependente de seu pai e ao completar 21 anos de idade perdeu essa qualidade. Sustentou a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, nos termos do entendimento do colendo Superior Tribunal de Justiça. Argumentou que a exclusão do autor do plano de assistência à saúde ocorreu quando ele completou 21 anos de idade, em julho/2002, conforme previsão expressa do regulamento da entidade, sendo certo que o acidente que quando do acidente automobilístico noticiado, ele já não possuía mais vínculo com a ré. Nos termos regulamentares, a invalidez que acometeu o autor, uma vez ocorrida após a perda do vínculo, ou seja, após atingir a idade de 21 anos, somente atenderia aos requisitos da inclusão caso comprovada a ausência de recursos e, portanto, a dependência econômica do titular do benefício, prova não produzida pelo autor, nos termos do regulamento. Como houve respeito ao regulamento do plano, o autor não faz jus à manutenção. Ainda, não há que se falar em dano moral. Por isso, pugnou pela improcedência. Juntou documentos.

O autor apresentou réplica.

O Ministério Público opinou pelo saneamento do processo.

É o breve relatório.

Fundamento e decido.

O pedido comporta julgamento antecipado, nos termos do artigo 355, inciso I, do Código de Processo Civil, pois não há necessidade de outras provas, haja vista o teor das alegações das partes e documentos apresentados, que bastam para a pronta solução do litígio.

À relação jurídica mantida entre as partes não incidem as regras do Código de Defesa do Consumidor, pois a ré é uma entidade fechada de previdência complementar.

Esse é o entendimento consolidado pelo colendo Superior Tribunal de Justiça, nos termos da súmula 563: O Código de Defesa do Consumidor é aplicável às entidades abertas de previdência complementar, não incidindo nos contratos previdenciários celebrados com entidades fechadas.

Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

O autor pretende sua reinclusão no plano de assistência à saúde oferecido pela ré a seus beneficiários (PBS/PAMA). Esta negou referido pleito, nos termos da contestação, porque o autor já é maior de 21 anos e não comprovou sua condição de hipossuficiência, nos termos do regulamento do plano, de modo que o cancelamento de sua participação respeitou as condições regulamentares do plano posto à disposição de seus participantes.

Da análise da prova documental, percebe-se que o autor faz jus ao direito de ser mantido no plano da ré.

Com efeito, o regulamento do referido plano de assistência à saúde, em seu artigo 4°, inciso III, prevê o seguinte: ART. 4° - Podem ser inscritos como usuários do PAMA: III os seguintes beneficiários inscritos como tal nos termos do Regulamento do PBS: a) o cônjuge, a companheira ou companheiro; b) os filhos menores de 21 (vinte e um) anos; c) os filhos inválidos e sem recursos.

O autor é filho de participante já falecido do mencionado plano. É ainda pessoa relativamente incapaz, curatelado, sendo sua mãe a curadora (fls. 27/28). A condição de invalidez permanente foi demonstrada pelos documentos que acompanharam a inicial, em especial, o laudo de exame de corpo de delito (fl. 32), o qual se traduz em documento apto, para fins de manutenção no plano, a demonstrar a qualidade de beneficiário do autor.

Esta circunstância, ademais, já havia sido constatada pela própria ré, conforme e-mail de fl. 47: A documentação enviada contém laudos médicos constatando a invalidez do Sr. Thiago Menezes de Farias, mas não constando a data de início da invalidez, informação fundamental para o processo de concessão da pensão. Na avaliação, verificamos a existência de um "Laudo de Exame de Corpo de Delito Lesão Corporal", emitido em 11 de março de 2004, onde no quesito 5º os médicos legistas confirmam a "incapacidade permanente para o trabalho e enfermidade incurável..", o que

nos leva inicialmente a considerar a invalidez na referida data, que é anterior ao falecimento do aposentado. Este documento enviado é cópia simples, e precisa ser encaminhado com a autenticação.

Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às19h00min

Ora, a mera autenticação do documento não é óbice intransponível à manutenção do autor no plano da ré, principalmente quando não se questiona a veracidade dessa causa (invalidez). Se a ré não impugna a incapacidade que acomete o autor não faz sentido em negar a inclusão no plano apenas porque o documento não está autenticado. Veja-se que este é um fundamento diverso daquele apresentado na contestação, porém revela a realidade do motivo dessa negativa, porque baseada nas informações prestadas diretamente ao solicitante.

De todo modo, conforme apontado, diante da incapacidade permanente do autor para o exercício de atividade laborativa, presume-se que ele não possua recursos suficientes para garantir sua própria subsistência. Esta circunstância foi informada na inicial e fundamento do pedido reside justamente nas dificuldades financeiras enfrentadas pelo autor e sua curadora para cuidar de seu direito à saúde, escopo principal do plano oferecido pela ré. E, dentro deste cenário, conclui-se que o autor deve ser mantido no plano.

Improcede, de outro lado, o pedido de indenização por danos morais, porque a recusa da ré em manter o autor como beneficiário implicou mero aborrecimento. Não custa lembrar que, para justificar pleito de indenização por danos morais, necessário se mostra examinar a conduta do agente causador do fato, verificando sua reprovabilidade, assim como a potencialidade danosa dessa conduta em relação ao patrimônio imaterial da vítima, de modo a reprimir a prática de atos que atinjam a honra, a imagem e outros direitos inerentes à personalidade.

Nesse sentido é a doutrina de **Sérgio Cavalieri Filho**: O dano deve ser de tal modo grave que justifique a concessão de uma satisfação de ordem pecuniária ao lesado. Nessa linha de princípio, só deve ser reputado dano moral a dor, vexame, sofrimento ou humilhação que, fugindo à normalidade, interfira intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem estar. Mero dissabor, aborrecimento, mágoa, irritação ou sensibilidade

exacerbada estão fora da órbita do dano moral, porquanto, além de fazerem parte da normalidade do nosso dia-a-dia, no trabalho, no trânsito, entre os amigos e até no ambiente familiar, tais situações não são intensas e duradouras, a ponto de romper o equilíbrio psicológico do indivíduo. Se assim não se entender, acabaremos por banalizar o dano moral, ensejando ações judiciais em busca de indenizações pelos mais triviais aborrecimentos. (**Programa de Responsabilidade Civil**, Malheiros Editores, 2ª edição, p. 79).

O grave acidente automobilístico sofrido pelo autor, o qual gerou posteriormente sua incapacidade, ocorreu em 08.04.2003 (fl. 29). A invalidez ficou patenteada em meados de março de 2004 (fl. 32) e aproximadamente em novembro do mesmo ano o autor apresentou documentos para a ré (fl. 34). Ocorre que os *e-mails* e chamados abertos pelo autor junto à ré, por intermédio de sua curadora, estão datados de setembro de 2016 (fls. 35/41). Neste meio tempo (do final do ano de 2004 até setembro de 2016, ou seja, quase 12 anos) não se sabe o que se passou, até porque nada neste sentido constou da petição inicial.

Ademais, na causa de pedir não consta informações sobre possíveis danos advindos ao autor em razão da falta de inclusão no plano de saúde pela ré. Ou seja, não há como afirmar que dessa negativa de inclusão tenha ocorrido algum dano ao autor que tenha extrapolado e mera insatisfação com a negativa de inclusão no plano de assistência à saúde e por isso não há que se falar em dano moral.

Ante o exposto, julgo procedente em parte o pedido, apenas para impor à ré a obrigação de fazer, consistente em incluir o autor no plano de assistência à saúde PBS/PAMA, ratificando-se a tutela provisória. Em consequência, julgo extinto o processo, com resolução do mérito, com base no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

Diante da sucumbência recíproca, as despesas processuais serão suportadas na proporção de metade para cada parte, nos termos do artigo 86, *caput*, do Código de Processo Civil.

Considerando que os honorários advocatícios são direito do advogado, sendo vedada a compensação, nos termos do artigo 85, § 14, do Código de Processo Civil,

arbitro os honorários advocatícios por equidade em R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), os quais deverão ser pagos pela autor e pela ré ao advogado da parte contrária, observada a parcela de pedidos rejeitados, o proveito econômico obtido por cada uma das partes, o resultado da demanda, e os demais critérios do artigo 85, §§ 2º e 8º, do Código de Processo Civil.

Publique-se e intime-se.

São Carlos, 16 de maio de 2018.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006, CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA