AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.238.081 - PE (2018/0017430-7)

RELATORA	**:**	**MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
AGRAVANTE	:	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL
ADVOGADOS	:	ALEXANDRE SOARES BARTILOTTI - PE016380 ISABELA GUEDES FERREIRA LIMA - PE017559
AGRAVADO	:	IVANILDO MENDES DE SOUSA
ADVOGADOS	:	KARLA WANESSA BEZERRA GUERRA - PE026304 JOSEFA RENE SANTOS PATRIOTA - PE028318 DÉBORA CAMBOIM LEÃO - PE034323 HELGA DE LIMA BENVINDO - PE033400

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado:

> "CIVIL E PROCESSUAL CIVIL - AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - PLANO DE SAÚDE - NEGATIVA DE FORNECIMENTO E/OU ABONO DE MEDICAMENTOS DE REFERÊNCIA (DE MARCA) SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - LANÇAMENTO UNILATERAL DE NOVA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO CASSI - EXIGÊNCIA DE ADESÃO AO PROGRAMA E IMPOSIÇÃO DE MEDICAMENTO GENÉRICO - ABUSIVIDADE NA CONDUTA - DANO MORAL CONFIGURADO - DEVER DE INDENIZAR. CONDENAÇÃO A TÍTULO DE DANO MORAL E VERBA HONORÁRIA.
>
> CONDUTA ILÍCITA DA RÉ EVIDENCIADA. AFRONTA ÀS NORMAS CONSUMERISTAS. EXIGÊNCIAS PARA OBTENÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE REFERÊNCIA JÁ CUMPRIDAS DESDE A AQUISIÇÃO DO PLANO DE SAÚDE. VALOR INDENIZATÓRIO. MAJORAÇÃO ACOLHIDA CONSIDERADAS AS PECULIARIDADES DO CASO CONCRETO. VERBA HONORÁRIA MANTIDA.
>
> PERCENTUAL PREVISTO EM LEI COM OBSERVÂNCIA DOS CRITÉRIOS LEGAIS - APELAÇÃO INTERPOSTA PELA PARTE AUTORA PARCIALMENTE PROVIDA E NÃO PROVIDO O APELO INTERPOSTO PELA RÉ - DECISÃO UNÂNIME."

Opostos os embargos de declaração, esses foram rejeitados.

Em suas razões do recurso, a parte recorrente alegou violação aos artigos 3º, XXI, da Lei n° 6.360/76; 10, VI, da Lei n° 9.656/98; 186, 927 e 944 do Código Civil. Argumentou, em breve síntese, a ausência de abusividade do termo de adesão à Política de Assistência Farmacêutica, que condiciona o custeio/abono de medicamento de referência à ausência de genérico no mercado, de modo que deve ser afastada a condenação ao pagamento de danos morais. Alternativamente, pugnou pela redução do valor da indenização.

Presentes os pressupostos de admissibilidade e ultrapassado o limite do conhecimento do presente recurso, verifico que esse merece parcial provimento.

Para a devida compreensão da controvérsia, transcrevo trecho pertinente do acórdão recorrido (fls. 493/494 e-STJ):

> "No caso concreto, a controvérsia cinge-se em saber se negativa da ré em fornecer e/ou dar abono de medicamentos de referência (marca) prescritos pelos médicos que assistem ao autor e seus dependentes decorreu de exercício regular do direito ou foi indevida.
> A sentença de primeiro grau está correta ao reconhecer a abusividade da conduta da demandada, porquanto restou evidenciado por meio dos elementos constantes dos autos, que o suplicante, após ter cumprido as exigências feitas pela ré, recebeu, por longos anos, sem qualquer restrição, concessão de abono para medicamentos de referência (de marca) de uso contínuo, requisitados mediante prescrição médica para ele e seus dois (2) filhos dependentes, todos portadores de doença crônica.
> A demandada quer fazer parecer que sua atitude é legítima sob o argumento de que em meados de agosto de 2009 adotou uma nova política de assistência farmacêutica e instituiu que os medicamentos de referência (marca) não seriam abonados, exceto nos casos de inexistência de medicamentos genéricos equivalentes (fl. 121), sendo exigido, para tanto, adesão ao Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) por parte associados.
> Aduz que a nova forma de atuação visa unicamente tornar a prestação de serviços mais eficiente, sem prejuízo aos beneficiários.
> Todavia, não merece amparo tais assertivas. A sua imposição torna-se prática abusiva e, portanto, ilegal, à luz das regras do

> Direito do Consumidor. E mesmo que houvesse disposição expressa e clara no contrato celebrado entre as partes, as eventuais mudanças não poderiam restringir direitos já estabelecidos nas cláusulas regulamentares, colocando em risco a saúde do autor e seus dependentes, principalmente, ao priorizar a aquisição de medicamentos de menor preço, em detrimento da qualidade. O direito à vida é postulado constitucional e deve ser respeitado.
>
> E ainda, como bem consignado na sentença recorrida, "não se pode perder de vista, ainda, que não cabe à demandada perquirir acerca do tratamento adequado para o beneficiário do plano de saúde. Assim, havendo prova nos autos de que o medicamento possui indicação médica e é necessário para o tratamento do autor, não se pode negar o fornecimento dos medicamentos postulados".
>
> Inegável, portanto, a conduta abusiva e ilegal da ré.
>
> Assim o dever de indenizar a título de danos morais é certo, tendo em vista a existência de nexo causal entre a conduta da operadora de planos de saúde e os danos sofridos pelo suplicante, dentre eles, a aflição, a insegurança e os transtornos psíquicos ao se ver desprovido do fornecimento do medicamento de referência (marca) indispensável à sua saúde e a de seus filhos. Como se isso não bastasse, ainda sofreu grande desgaste tentando obter um resultado prático satisfatório, o que só ocorreu por força da antecipação dos efeitos da tutela concedida no juízo de origem e confirmada na sentença.
>
> No tocante ao quantum indenizatório, a teor do que dispõem os princípios e as regras do Código Civil, entendo que a fixação da indenização deve atender à sua função eminentemente compensatória, em razão do dano ocorrido, e punitiva, em face da conduta praticada pelo ofensor, levando-se em consideração a reprovabilidade da conduta, intensidade, duração do sofrimento, capacidade econômica do causador do dano, condições sociais do ofendido, nexo causal e o bem jurídico lesado, atento ao princípio da proporcionalidade e razoabilidade.
>
> Observados tais parâmetros, constato que o valor de R$8.000,00 (oito mil reais) se distancia de tal princípio, razão pela qual altero a condenação a título de danos morais para o patamar de R$20.000,00 (vinte mil reais).”

A sentença, mantida na íntegra no ponto, assim analisou a questão (fls. 416/419 e-STJ):

"O cerne da discussão reside na imposição pela operadora de plano de saúde do "termo de adesão ao programa de assistência farmacêutica da CASSI - PAF", que determina não caber abono para os medicamentos de referência (marca) que possuem equivalente genérico.

(...)

Pois bem, adentrando no mérito, verifico que a CASSI, em seu estatuto, assegura auxílio na compra de medicamentos, a se dar na forma de regulamento próprio (fls. 33, 43 e 115). Os documentos de fls. 108/122 não deixam dúvida, outrossim, de que ao longo dos anos, ao autor, como portador de doença crônica, foi concedido abono na compra de medicamentos, dentre estes Melleril 25mg, Orap 4mg, Akineton 2mg, sem qualquer restrição quanto a produtos de marca.

Por força de nova política interna foi estabelecido, contudo, que os medicamentos de marca que possuíssem equivalente genérico deixariam de ser abonados (fl. 121), sendo exigido, ainda, adesão ao Programa de Assistência Farmacêutica - PAF (fls. 122 e 131/132).

No termo de adesão (fls. 73/76) consta expressamente que seria fator condicionante ao abono a assinatura do Termo de Adesão ao PAF (item 02, d) e que não caberia abono se o medicamento de referência (marca) possuísse equivalente genérico (item 04, a).

Ao contrário do que sustenta a ré, havia sim uma política de assistência farmacêutica e previsão estatutária de fornecimento de medicamentos, não se podendo aceitar a tese de que isto era feito por mera liberalidade.

Ademais, este benefício se estende há anos e não há dúvida de que criou nos seus beneficiados a expectativa de atendimento. Neste ponto, importante destacar a boa -fé objetiva, prevista no art. 422 do Código Civil, que consiste num conjunto de deveres exigidos nos negócios jurídicos, impondo aos contratantes um compromisso, essencialmente, de fidelidade e cooperação nas suas relações.

A doutrina tem acolhido a teoria da surrectio para proteger a boa-fé diante de prática, usos e costumes que façam surgir a legítima expectativa de que um comportamento permanecerá sendo observado. Verifica-se nos casos em que o decurso do tempo permite inferir o surgimento de uma posição jurídica, pela regra da boa-fé.

Destarte, seja por que prisma se observe, a atitude da ré de impor ao autor a adesão a determinada política que lhe vai restringir direitos já assegurados se afigura como abusiva e ilegal.

Não se pode perder de vista, ainda, que não cabe à demandada

> perquirir acerca do tratamento adequado para o beneficiário do plano de saúde. Assim, havendo prova nos autos de que o medicamento possui indicação médica e é necessário para o tratamento do autor, não se pode negar o fornecimento dos medicamentos postulados.
> (...)
> Constam dos autos prescrições médicas informando da necessidade de se manter a medicação já utilizada pelo paciente, sob risco de prejuízo à saúde do mesmo (vide atestados médicos). Ainda que exista medicamento similar (genérico), a demandada não poderia impor a aceitação deste pelo consumidor, por colocá-lo em manifesta desvantagem (art. 51, IV, CDC).
> Enfim, é o médico especialista que trata do paciente quem tem a indiscutível atribuição de analisar o caso clínico e sugerir o melhor tratamento para o problema apresentado. Nesse sentido: "Escolha do tratamento a ser ministrado que não cabe à operadora de plano de saúde, mas sim ao médico especialista. Sentença mantida. Recurso desprovido" (TJSP, Ap. n. 0029875-66.2010.8.26.0001, rel. Des. Moreira Viegas, j. 19.09.2012).
> (...)
> Observe-se que foi justificada clinicamente a indicação dos medicamentos Ablok - 25mg, Lansoprazol (genérico) - 30mg, Unitidazin, Akineton - 02mg, Orap - 04mg e Livial - 2,5mg pelos profissionais responsáveis, os quais irão responder por eventual fracasso no tratamento dispensado.
> Assim, tendo em vista a especificidade do tratamento do autor e seus dependentes, não se pode obrigá-los a aceitar medicação diversa da ministrada pelos médicos assistentes, que, diga-se, era fornecida mediante abono antes da implantação do PAF, sendo de se reconhecer como abusiva a imposição da ré."

Com efeito, verifico que o ora recorrente não rebateu especificamente o fundamento central do Tribunal de origem para julgar procedente a pretensão autoral, qual seja, a abusividade da imposição do termo de adesão às novas políticas de assistência farmacêutica, visto que vigente por anos "política de assistência farmacêutica e previsão estatutária de fornecimento de medicamentos", tendo sido declarada ilegal a supressão unilateral de direitos assegurados justamente por representar ofensa à boa-fé objetiva, nos termos do artigo 422 do Código Civil.

O agravante, por sua vez, se limitou à afirmar que a operadora do plano de

saúde não possui obrigação de fornecer medicamentos, em razão da previsão do artigo 10, VI, da Lei n° 9.656/98, que trata do rol de cobertura mínimo imposto pela ANS, o qual, como sabido, é meramente exemplificativo.

Nesse contexto, imperioso concluir que o recurso especial encontra óbice na Súmula n° 283, do STF:

> AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1. FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO PARA USO DOMICILIAR. RECUSA INDEVIDA. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA QUE LIMITA A FORMA DE TRATAMENTO. SÚMULA 83/STJ. 2. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO DOS FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SÚMULA 283/STF. 3. PRETENSÃO DA PARTE AGRAVADA DE CONDENAÇÃO DA AGRAVANTE À MULTA DO ART. 1021, § 4º, DO CPC/2015. IMPROCEDÊNCIA. 4. AGRAVO IMPROVIDO.
>
> 1. O acórdão recorrido está em consonância com a orientação firmada por esta Corte, no sentido de que, "ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão, nos termos do § 4º do artigo 54 do Código Consumerista), revela-se abusivo o preceito excludente do custeio do medicamento prescrito pelo médico responsável pelo tratamento do beneficiário, ainda que ministrado em ambiente domiciliar" (AgRg no AREsp n. 624.402/RJ, Relator o Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 19/3/2015, DJe 26/3/2015).
>
> 2. A manutenção de argumento que, por si só, sustenta o acórdão recorrido torna inviável o conhecimento do recurso especial, atraindo a aplicação do enunciado n. 283 da Súmula do Supremo Tribunal Federal. 3. A aplicação da multa prevista no art. 1.021, § 4º, do CPC/2015 não é automática, não se tratando de mera decorrência lógica do desprovimento do agravo interno em votação unânime. A condenação do agravante ao pagamento da aludida multa, a ser analisada em cada caso concreto, em decisão fundamentada, pressupõe que o agravo interno mostre-se manifestamente inadmissível ou que sua improcedência seja de tal forma evidente que a simples interposição do recurso possa ser tida, de plano, como abusiva ou protelatória, o que não ocorre no presente caso.
>
> 4. Agravo interno a que se nega provimento.

> (AgInt no AREsp 1348606/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 10/12/2018, DJe 19/12/2018)
>
> AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO COMINATÓRIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO NÃO ATACADOS. SÚMULA 283/STF. RESCISÃO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO MÉDICO. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES. DECISÃO MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO.
> 1. A ausência de impugnação, nas razões do recurso especial, de fundamento autônomo e suficiente à manutenção do acórdão recorrido atrai o óbice da Súmula 283 do STF, segundo a qual: "É inadmissível o recurso extraordinário, quando a decisão recorrida assenta em mais de um fundamento suficiente e o recurso não abrange todos eles." 2. Não obstante o plano de saúde coletivo possa ser rescindido unilateralmente, mediante prévia notificação do usuário, esta Corte reconhece ser abusiva a rescisão do contrato durante o tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física, como no caso em apreço, no qual a segurada diagnosticada com câncer se encontra em tratamento oncológico.
> 3. Agravo interno não provido.
> (AgInt no AREsp 1298878/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 23/10/2018, DJe 31/10/2018)

Ademais, ainda que assim não o fosse, a restrição imposta pela recorrente a despeito de expressa indicação do médico vai de encontro ao entendimento pacificado por este Superior Tribunal de Justiça.

Isso porque, como sabido, é permitido às operadoras de plano de saúde limitarem a cobertura de determinadas doenças, de custeio não obrigatório, sendo-lhes vedado, contudo, limitar o procedimento e insumos médico-terapêuticos indicados por profissional habilitado na busca da cura, ainda que se trate de tratamento domiciliar, com fornecimento de medicamentos.

Confiram os seguintes julgados:

> AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. NEGATIVA. ALEGAÇÃO

DE MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. DANO MORAL CONFIGURADO.

1. Revela-se abusiva a recusa de custeio do medicamento prescrito pelo médico responsável pelo tratamento do beneficiário, ainda que ministrado em ambiente domiciliar. Precedentes do STJ.

2. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1064435/GO, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 14/11/2017, DJe 23/11/2017)

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ART. 544, DO CPC) - DEMANDA POSTULANDO CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CONSISTENTE NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PARA USO DOMICILIAR - DECISÃO MONOCRÁTICA NEGANDO PROVIMENTO AO AGRAVO, MANTIDA A INADMISSÃO DO RECURSO ESPECIAL. INSURGÊNCIA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.

1. Violação do artigo 535 do CPC não configurada. É clara e suficiente a fundamentação adotada pelo Tribunal de origem para o deslinde da controvérsia, revelando-se desnecessário ao magistrado rebater cada um dos argumentos declinados pela parte.

2. A jurisprudência do STJ é no sentido de que, ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor (desde que escritas com destaque, permitindo imediata e fácil compreensão, nos termos do § 4º do artigo 54 do Código Consumerista), revela-se abusivo o preceito excludente do custeio do medicamento prescrito pelo médico responsável pelo tratamento do beneficiário, ainda que ministrado em ambiente domiciliar.

3. Agravo regimental desprovido.

(AgRg no AREsp 624.402/RJ, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 19/3/2015, DJe 26/3/2015)

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. NEGATIVA. ALEGAÇÃO DE MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ.

1. O acórdão recorrido está em conformidade com o entendimento desta Corte no sentido de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não pode limitar o tipo de tratamento a ser utilizado pelo paciente. Precedentes.

> 2. Agravo regimental a que se nega provimento.
> (AgRg no AREsp 623.372/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 17/3/2015, DJe 26/3/2015)

Observo, por outro lado, que merecem acolhida as alegações de inexistência de dano moral indenizável.

Nos termos do entendimento desta Corte, somente é devida a condenação à indenização a título de danos morais quando a negativa de cobertura for indevida, o que não aconteceu no caso ora em análise, visto que decorrente de divergência acerca da interpretação do contrato, não se caracterizando como manifestamente ilegal.

Nesse sentido, é, inclusive, o entendimento pacificado deste Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que o mero inadimplemento contratual não gera danos morais indenizáveis, senão vejamos:

> RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. OBESIDADE MÓRBIDA. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA. POSSIBILIDADE. INSUCESSO DE TRATAMENTOS MULTIDISCIPLINARES AMBULATORIAIS. CONTRAINDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. DOENÇA COBERTA. SITUAÇÃO GRAVE E EMERGENCIAL. FINALIDADE ESTÉTICA E REJUVENESCEDORA. DESCARACTERIZAÇÃO. MELHORIA DA SAÚDE. COMBATE ÀS COMORBIDADES. NECESSIDADE. DISTINÇÃO ENTRE CLÍNICA DE EMAGRECIMENTO E SPA. DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO.
> (...)
> 4. A obesidade mórbida é doença crônica de cobertura obrigatória nos planos de saúde (art. 10, caput, da Lei nº 9.656/1998). Em regra, as operadoras autorizam tratamentos multidisciplinares ambulatoriais ou as indicações cirúrgicas, a exemplo da cirurgia bariátrica (Resolução CFM nº 1.766/2005 e Resolução CFM nº 1.942/2010). 5. O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde -

CNES (art. 8º, parágrafo único, da RN ANS nº 167/2008). Diferenças existentes entre clínica de emagrecimento e SPA.

6. A restrição ao custeio pelo plano de saúde de tratamento de emagrecimento circunscreve-se somente aos de cunho estético ou rejuvenescedor, sobretudo os realizados em SPA, clínica de repouso ou estância hidromineral (arts. 10, IV, da Lei nº 9.656/1998 e 20, § 1º, IV, da RN ANS nº 387/2015), não se confundindo com a terapêutica da obesidade mórbida (como a internação em clínica médica especializada), que está ligada à saúde vital do paciente e não à pura redução de peso almejada para se obter beleza física.

7. Mesmo que o CDC não se aplique às entidades de autogestão, a cláusula contratual de plano de saúde que exclui da cobertura o tratamento para obesidade em clínica de emagrecimento se mostra abusiva com base nos arts. 423 e 424 do CC, já que, da natureza do negócio firmado, há situações em que a internação em tal estabelecimento é altamente necessária para a recuperação do obeso mórbido, ainda mais se os tratamentos ambulatoriais fracassarem e a cirurgia bariátrica não for recomendada. 8. A jurisprudência deste Tribunal Superior é firme no sentido de que o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta.

9. Havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevida do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor.

10. Em regra, a recusa indevida pela operadora de plano de saúde de cobertura médico-assistencial gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combalido pelas condições precárias de saúde, não constituindo, portanto, mero dissabor, ínsito às hipóteses correntes de inadimplemento contratual.

11. Há situações em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, não podendo ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a conduta de operadora que optar pela restrição de cobertura sem ofender, em contrapartida, os deveres anexos do contrato, tal qual a boa-fé, o que afasta a pretensão de compensação por danos morais.

> 12. Recurso especial parcialmente provido.
> (REsp 1645762/BA, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 12/12/2017, DJe 18/12/2017)
>
> PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE CUSTEIO. MERO INADIMPLEMENTO CONTRATUAL. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. TESE DO RECURSO ESPECIAL QUE DEMANDA REEXAME DE CONTEXTO FÁTICO E PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N° 7/STJ . NÃO PROVIMENTO.
> 1. Nos termos da jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça, o mero inadimplemento contratual não enseja condenação por danos morais.
> 2. O Tribunal de origem, após apreciação das provas dos autos, entendeu que a negativa de cobertura se deu por divergência razoável de interpretação do contrato, assim como que a situação vivenciada pela beneficiária não foi apta a gerar danos à sua intimidade psíquica, tendo configurado mero aborrecimento do cotidiano, conclusão esta insusceptível de reexame na via do recurso especial (Súmula 7).
> 3. Agravo interno a que se nega provimento.
> (AgInt no REsp 1573736/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 7/6/2018, DJe 14/6/2018)

Em face do exposto, conheço do agravo e dou parcial provimento ao recurso especial para afastar a condenação ao pagamento de danos morais.

Intimem-se.

Brasília (DF), 20 de fevereiro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora