



Número: **0847423-96.2018.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO / REMESSA NECESSÁRIA**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Público**

Órgão julgador: **Desembargadora LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 304.622,50**

Processo referência: **0847423-96.2018.8.14.0301**

Assuntos: **Obrigação de Fazer / Não Fazer, Servidor Público Civil**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IPAMB - Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém do Pará, (APELANTE)	
BENEMERITA SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICENTE DO PARA (APELANTE)	
MUNICÍPIO DE BELÉM (APELANTE)	
OLGARINA DA COSTA BAHIA (APELADO)	FLAVIO DE OLIVEIRA RODRIGUES (ADVOGADO)
MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO PARÁ (TERCEIRO INTERESSADO)	JORGE DE MENDONCA ROCHA (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
10482958	02/08/2022 12:35	Acórdão	Acórdão
10204869	02/08/2022 12:35	Relatório	Relatório
10204870	02/08/2022 12:35	Voto do Magistrado	Voto
10204871	02/08/2022 12:35	Ementa	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO / REMESSA NECESSÁRIA (1728) - 0847423-96.2018.8.14.0301

APELANTE: IPAMB - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM DO PARÁ,, BENEMERITA SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICENTE DO PARA, MUNICÍPIO DE BELÉM

APELADO: OLGARINA DA COSTA BAHIA
REPRESENTANTE: PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO - PGM JUDICIAL

RELATOR(A): Desembargadora LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. SERVIDORA PÚBLICA INSCRITA NO PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE DO SERVIDOR – PABSS. PRESCRIÇÃO MÉDICA DEMONSTRANDO A NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL. NEGATIVA DE COBERTURA. FINANCIAMENTO PARA CUSTEIO DO TRATAMENTO ATRAVÉS DE DESCONTO EM FOLHA. NECESSIDADE DE COBERTURA TOTAL, SEM FINANCIAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. DESCONTO EM FOLHA INDEVIDO. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1. A saúde é um direito fundamental cabendo ao Estado, diretamente ou mediante terceiros, o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

2. Tratando-se de plano de assistência à saúde de adesão facultativa, tal circunstância equipara o PABSS do IPAMB aos planos de saúde privados.

3. A jurisprudência deste Egrégio Tribunal é pacífica quanto à necessidade de cobertura total face a gravidade e urgência/emergência do estado de saúde do paciente. Obrigatoriedade de cobertura de atendimento de urgência e emergência. Inteligência da alínea d do inciso I do art.18 do Decreto Municipal nº 37.522/00. Aplicação do art.35-C Lei nº 9.656/1998, que estabelece a obrigatoriedade de cobertura de atendimento de urgência e de emergência às entidades de autogestão.

4. Recurso de apelação conhecido e improvido. Remessa necessária pela manutenção da sentença.



ACÓRDÃO

Vistos, relatados e aprovados em Plenário Virtual os autos acima identificados, ACÓRDAM os Excelentíssimos Desembargadores que integram a 2ª Turma de Direito Público do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, no sentido de conhecer e negar provimento ao recurso, na conformidade do Relatório e Voto que passam a integrar o presente Acórdão.

Participaram do julgamento os Excelentíssimos Desembargadores José Maria Teixeira do Rosário (Presidente), Luzia Nadja Guimarães Nascimento (Relatora) e Luiz Gonzaga da Costa Neto (Membro).

Belém, em data e hora registrados no sistema.

Desa. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO

Relatora

RELATÓRIO

Trata-se de recurso de apelação interposto pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM – IPAMB, contra sentença do Juízo da 1ª Vara de Fazenda de Belém, julgou procedente o pedido contido na inicial, determinando ao apelante que providencie, caso ainda não o tenha feito, todos os meios necessários para a realização do procedimento cirúrgico pleiteado, com cobertura integral, conforme laudo médico acostado aos autos.

Dos autos se extrai, que a apelada é servidora pública municipal e segurada do plano de saúde denominado PABSS – Plano de Assistência Básica à Saúde do Servidor, gerido pelo Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém - IPAMB, razão pela qual sofre descontos mensais e compulsórios, em sua remuneração, para o custeio do referido plano de saúde.

Prossegue narrando que foi atendida no setor de urgência e emergência do Hospital Saúde da Mulher, sendo detectada, em ressonância magnética, a presença de *“formação aneurismática sacular localizada à direita de disposição supraclinoideia no segmento distal da artéria carótida interna, medindo em torno de 2.6 cm x 2.4 cm x 2 cm, apresentando intenso realce após o uso de contraste com fina lâmina posterior de trombo.”*

Encaminhada ao médico especialista, o mesmo determinou a realização do procedimento cirúrgico de Embolização de Aneurisma Cerebral, sendo a requerente internada no Hospital de Beneficência Portuguesa D.Luiz I em 16/07/2018. Entretanto, o plano de saúde não autorizou a realização da cirurgia, sendo a família da paciente informada que *“o usuário abaixo citado encontra-se sem cota para realizar o exame/procedimento ou material solicitado. O mesmo será liberado pela modalidade de financiamento, mediante apresentação de laudo médico e documento previsto pelo PABSS.”*



Assim a família da Autora foi obrigada a protocolar pedido de “Financiamento de Materiais Cirúrgicos” juntando para isso toda a documentação exigida pelo IPAMB, inclusive com a cotação do valor da cirurgia e do material a ser utilizado pelo Hospital Beneficente Portuguesa, que somados chegam ao valor de R\$ 304.622,50, o qual, até o ingresso da presente ação, sequer havia sido respondido pela autarquia, buscando o ajuizamento da presente ação de obrigação de fazer, argumentando que a negativa de cobertura do tratamento médico pelo IPAMB fere o seu direito constitucional à saúde.

O juízo de piso deferiu a antecipação da tutela pretendida (ID 3762090 – fls. 1/5), determinando a realização da cirurgia no prazo de 48 horas.

Ao contestar, o IPAMB apontou em preliminar a carência da ação e a conseqüente extinção do processo por falta de interesse de agir, com fundamento no Art. 337, XI e no Art. 485, VI, ambos do CPC, considerando que a paciente realizou o procedimento pleiteado em 01/08/2018. No mérito, aponta a necessidade de observância do princípio da legalidade, de preservação do equilíbrio econômico e financeiro do plano ofertado e a impossibilidade jurídica de aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde na modalidade autogestão.

Em sentença de mérito (ID 3762108 – fls. 1/5), o Juízo de origem, julgou procedente o pedido, confirmando os termos da liminar, cujo dispositivo abaixo transcrevo:

“Diante de todo o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido para determinar ao IPAMB que providencie, caso ainda não o tenha feito, todos os meios necessários para a realização do procedimento cirúrgico pleiteado, com cobertura integral, conforme laudo médico acostado aos autos. Fica o processo extinto com resolução do mérito, na forma do art. 487, I, do CPC/15.”

Irresignado, o IPAMB, em seu apelo (ID 3762112 – fls. 1/14), repete os argumentos trazidos em sede de contestação e postula:

1. Que preliminarmente o processo seja extinto, uma vez que, a Apelada em nenhum momento teve o atendimento negado;
2. A extinção do processo por carência de ação, por falta de interesse de agir nos termos do Art. 337, XI, CPC, Art. 485, VI;
3. A extinção do processo nos termos do art. 304, §1º do CPC, considerando o cumprimento da decisão proferida por meio de Tutela Antecipada, não havendo recurso sobre a mesma, vez que a cirurgia foi devidamente realizada.
4. Que ultrapassada a preliminar arguida, que no Mérito, seja julgada improcedente A DEMANDA, RECONHECENDO A LEGALIDADE da prestação de serviço por meio de financiamento eis que consiste em previsão legal QUE REGULAMENTA o PLANO DE SAÚDE FECHADO OFERTADO PELO IPAMB AOS SERVIDORES MUNICIPAIS, considerando que o pedido viola os princípios da impessoalidade e isonomia e desrespeita a fila instituída pelo SUS para pacientes na mesma situação;
5. Que seja o presente recurso de APELAÇÃO conhecido e provido, para o fim de, reformar totalmente a douda Sentença do Juízo “a quo”, julgando no mérito improcedente o pedido da Apelada.
6. Que seja julgado improcedente a demanda, nos termos da fundamentação, declarando a impossibilidade de concessão da tutela antecipada e da impossibilidade de aplicação do CDC ao plano de saúde na modalidade de autogestão.
7. A não aplicação do ônus da sucumbência, nem a incidência de honorários advocatícios, considerando que o IPAMB já havia deferido a cirurgia da Apelada, estando em processamento da licitação a quando do ingresso da ação.

A apelada apresentou contrarrazões (ID 3762117 – fls. 1/13) pugnando pela manutenção da sentença.

O Ministério Público, na condição de *custus legis* emitiu parecer opinando pelo conhecimento e pelo não provimento do recurso (ID 4684317 – fls. 1/6).

É o relatório.



VOTO

Tempestivo e adequado, merece conhecimento o recurso. No entanto, não deve prosperar o apelo.

Inicialmente, para o exame da questão, cumpre verificar o Capítulo II do Título VIII da Constituição Federal, que versa sobre a seguridade social. Esta, diante dos precisos termos do art. 194 da Constituição Federal, compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, visando à universalidade da cobertura e do atendimento (inc. I, do referido artigo), significando com isso que a seguridade social é destinada a toda a população, indistintamente, com recursos provenientes das fontes de custeio elencadas no art. 195, incs. I, II e III, e § 4º, da Constituição Federal.

A saúde, por sua vez, está prevista no art. 196 da Constituição Federal, que impõe ao Estado em todas as suas esferas o dever de política econômica que visem a reduzir doenças com manutenção dos serviços pertinentes, assegurando esse direito à saúde a todos os cidadãos, sem previsão de contribuição, sendo conveniente ressaltar que existe o Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei nº 8.080/90, com financiamento de recursos da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, nos termos do que dispõe o art. 198 da Carta Magna.

A previdência social, por sua vez, é organizada sob a forma de regime geral, atendida pelo INSS, com caráter contributivo e de filiação obrigatória, visando à manutenção financeira e atuarial, destinada a atender, pensões, auxílios-doença, auxílios-invalidez, dentre as várias hipóteses elencadas no art. 201 da Constituição Federal.

A assistência social, prevista no art. 203 da Constituição Federal, é prestada a todos os necessitados independentemente de contribuição, visando à proteção à família, à maternidade, além de garantia de salário mínimo mensal aos desprovidos de recursos, dentre outros objetivos.

Como se vê, dos três itens que compõem a seguridade social, destinada a toda a coletividade, tratando-se de dever do Estado, somente a previdência social exige caráter contributivo e de filiação obrigatória para a obtenção de seus benefícios, observado o seu regime geral.

A Lei Municipal nº 7.984, de 30/12/99, que dispõe sobre o plano de seguridade social aos servidores do Município de Belém, criando o IPAMB, enumera em seu art. 56 "*O IPAMB prestará na forma estabelecida nesta Lei e seu Regulamento os seguintes benefícios:, inciso II - serviços, aos contribuintes e seus dependentes: item 1 - a Assistência à Saúde compreenderá: assistência médica, hospitalar, ambulatorial, laboratorial, psicológica, odontológica, fisioterápica, fonoaudiológica, de enfermagem, farmacêutica, terapia ocupacional; programas de saúde preventiva, saúde do trabalhador; empréstimo-saúde; órteses e próteses, conforme o Regulamento.*



Com efeito, o art. 149, § 1º, da Constituição Federal, sequer autoriza que entes federados possam instituir contribuição cobrada de seus servidores para o custeio de assistência à saúde, uma vez que há previsão expressa apenas de cobrança de contribuição para o custeio de regime previdenciário, observada a redação dada pela EC 41/03, como também não permitia o parágrafo único do mesmo artigo, em face do disposto da EC 20/98, posteriormente modificado pela EC 41/03.

Em face dos limites constitucionais, não há espaço para a cobrança a compulsória de contribuição destinada ao custeio da assistência à saúde, podendo apenas instituir sistema facultativo de saúde a seus servidores, podendo os mesmos aderirem ou não ao sistema instituído, que é paralelo ao sistema público do SUS, em situação similar com os sistemas privados de saúde.

Em se tratando de plano de assistência de adesão facultativa, tal circunstância equipara o PABSS do IPAMB aos planos de saúde privados.

Feitas essas considerações, em virtude de a adesão ao PABSS se equiparar ao ingresso em planos privados, aplicável, analogicamente a Súmula 469 do STJ, pela qual “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”, devendo ser assegurado ao paciente/apelado o tratamento necessário sem qualquer custo adicional do tratamento indicado pelo médico, qual seja os tratamentos de radioterapia e quimioterapia, sendo indevida qualquer cobrança adicional pelo IPAMB, inclusive sob a forma de financiamento, nos termos da Resolução Normativa – RN nº 428 de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Colha-se:

“Art. 18. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a CPT.

§ 1º A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.”

Assim, tratando-se de adesão facultativa, tal circunstância equipara o PABSS do IPAMB aos planos privados, logo os ditames da Lei nº 9.656/98 podem ser aplicáveis ao caso, senão vejamos:

“EMENTA: REEXAME NECESSÁRIO E APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO À SAÚDE. ILEGITIMIDADE DO MUNICÍPIO DE BELÉM PARA RECORRER. IPAMB. AUTARQUIA PREVIDENCIÁRIA COM PERSONALIDADE JURÍDICA PRÓPRIA. RECURSO NÃO CONHECIDO. REEXAME NECESSÁRIO. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PABSS. EQUIPARAÇÃO AOS PLANOS PRIVADOS. DEVER DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS COOPERADOS. SENTENÇA MANTIDA. DECISÃO UNÂNIME.

I- A saúde é um direito fundamental cabendo ao Estado, diretamente ou mediante terceiros, o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

II- A exigência de contribuições dos segurados para custeio do plano e a sua adesão facultativa fundamentam a equiparação do Plano de Assistência do IASEP aos planos privados.

III- Aplica-se, por analogia, as disposições da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

IV- Recurso de apelação não conhecido. Sentença mantida em reexame necessário. Decisão Unânime.



(2019.03903073-49, 208.335, Rel. ROSILEIDE MARIA DA COSTA CUNHA, Órgão Julgador 1ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO, Julgado em 2019-09-02, Publicado em 2019-09-24)

AGRAVO DE INSTRUMENTO AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - DIREITO À SAÚDE - RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS PLANO DE ASSISTÊNCIA IASEP EQUIPARAÇÃO AOS PLANOS PRIVADOS - ANTECIPAÇÃO DE TUTELA CONCEDIDA - REQUISITOS LEGAIS DEMONSTRADOS - MANUTENÇÃO DA DECISÃO.

1. A saúde é um direito fundamental cabendo ao Estado, diretamente ou mediante terceiros, o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

2. A exigência de contribuições dos segurados para custeio do plano e a sua adesão facultativa fundamentam a equiparação do Plano de Assistência do IASEP aos planos privados.

3. São aplicáveis, por analogia, as disposições da Lei nº 9.656/1998 que impõe os tratamentos antineoplásicos de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia como coberturas obrigatórias dos planos privados de assistência à saúde.

4. Demonstrados os requisitos da verossimilhança das alegações e do fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, sobretudo, relacionado a risco à saúde ou à própria vida da parte, deve ser mantida a antecipação de tutela concedida. Recurso conhecido, porém, desprovido. (TJ-PA - AI: 201430087953 PA, Relator: CELIA REGINA DE LIMA PINHEIRO, Data de Julgamento: 28/07/2014, 2ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA, Data de Publicação: 04/08/2014)".

O contrato de plano de saúde tem o objetivo de assegurar o direito à saúde do servidor e de seus dependentes, assim sendo, a exigência financeira se mostra indevida, configurando inclusive uma limitação arbitrária e materialmente inconstitucional, não merecendo prevalecer sobre a saúde, a vida e a dignidade do ser humano, princípios de índole constitucional.

No caso vertente, tratando-se de direito à saúde, bem como por se tratar de pessoa beneficiária do plano em questão, tem-se que é dever a sua prestação, não sendo legítima qualquer limitação arbitrária, a despeito da existência de legislação municipal, pois como é cediço as leis municipais devem observar e atender em seu conteúdo os ditames constitucionais.

Ademais, ainda que admitida a possibilidade de que as regras do plano de saúde contenham cláusulas limitativas dos direitos do segurado, revela-se abusivo o preceito excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico.

Vale ressaltar que a Lei nº 9.656/98 em seu artigo 35-C estabelece que é obrigatória a cobertura de atendimento nos casos de emergência, como na hipótese dos autos em que a autora necessitava realizar procedimento cirúrgico de urgência para tratamento do aneurisma cerebral, senão vejamos:

“Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

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;” (grifei)

Portanto, os tratamentos pleiteados na exordial deveriam ser cobertos pelo plano PABSS, independentemente de complementação de valores pelo segurado.



Ante o exposto, na esteira do parecer ministerial, conheço da apelação cível, porém, nego-lhe provimento, para manter inalterada a sentença de primeiro grau, nos termos da fundamentação lançada.

É o voto.

Belém, em data e hora registradas no sistema.

DESA. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO

Relatora

Belém, 02/08/2022



Trata-se de recurso de apelação interposto pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM – IPAMB, contra sentença do Juízo da 1ª Vara de Fazenda de Belém, julgou procedente o pedido contido na inicial, determinando ao apelante que providencie, caso ainda não o tenha feito, todos os meios necessários para a realização do procedimento cirúrgico pleiteado, com cobertura integral, conforme laudo médico acostado aos autos.

Dos autos se extrai, que a apelada é servidora pública municipal e segurada do plano de saúde denominado PABSS – Plano de Assistência Básica à Saúde do Servidor, gerido pelo Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém - IPAMB, razão pela qual sofre descontos mensais e compulsórios, em sua remuneração, para o custeio do referido plano de saúde.

Prossegue narrando que foi atendida no setor de urgência e emergência do Hospital Saúde da Mulher, sendo detectada, em ressonância magnética, a presença de *“formação aneurismática sacular localizada à direita de disposição supraclinoideia no segmento distal da artéria carótida interna, medindo em torno de 2.6 cm x 2.4 cm x 2 cm, apresentando intenso realce após o uso de contraste com fina lâmina posterior de trombo.”*

Encaminhada ao médico especialista, o mesmo determinou a realização do procedimento cirúrgico de Embolização de Aneurisma Cerebral, sendo a requerente internada no Hospital de Beneficência Portuguesa D.Luiz I em 16/07/2018. Entretanto, o plano de saúde não autorizou a realização da cirurgia, sendo a família da paciente informada que *“o usuário abaixo citado encontra-se sem cota para realizar o exame/procedimento ou material solicitado. O mesmo será liberado pela modalidade de financiamento, mediante apresentação de laudo médico e documento previsto pelo PABSS.”*

Assim a família da Autora foi obrigada a protocolar pedido de “Financiamento de Materiais Cirúrgicos” juntando para isso toda a documentação exigida pelo IPAMB, inclusive com a cotação do valor da cirurgia e do material a ser utilizado pelo Hospital Beneficente Portuguesa, que somados chegam ao valor de R\$ 304.622,50, o qual, até o ingresso da presente ação, sequer havia sido respondido pela autarquia, buscando o ajuizamento da presente ação de obrigação de fazer, argumentando que a negativa de cobertura do tratamento médico pelo IPAMB fere o seu direito constitucional à saúde.

O juízo de piso deferiu a antecipação da tutela pretendida (ID 3762090 – fls. 1/5), determinando a realização da cirurgia no prazo de 48 horas.

Ao contestar, o IPAMB apontou em preliminar a carência da ação e a conseqüente extinção do processo por falta de interesse de agir, com fundamento no Art. 337, XI e no Art. 485, VI, ambos do CPC, considerando que a paciente realizou o procedimento pleiteado em 01/08/2018. No mérito, aponta a necessidade de observância do princípio da legalidade, de preservação do equilíbrio econômico e financeiro do plano ofertado e a impossibilidade jurídica de aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde na modalidade autogestão.

Em sentença de mérito (ID 3762108 – fls. 1/5), o Juízo de origem, julgou procedente o pedido, confirmando os termos da liminar, cujo dispositivo abaixo transcrevo:

“Diante de todo o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido para determinar ao IPAMB que providencie, caso ainda não o tenha feito, todos os meios necessários para a realização do procedimento cirúrgico pleiteado, com cobertura integral, conforme laudo médico acostado aos autos. Fica o processo extinto com resolução do mérito, na forma do art. 487, I, do CPC/15.”

Irresignado, o IPAMB, em seu apelo (ID 3762112 – fls. 1/14), repete os argumentos trazidos em sede de contestação e postula:

1. Que preliminarmente o processo seja extinto, uma vez que, a Apelada em nenhum momento teve o atendimento negado;
2. A extinção do processo por carência de ação, por falta de interesse de agir nos termos do Art. 337, XI, CPC, Art. 485, VI;



3. A extinção do processo nos termos do art. 304, §1º do CPC, considerando o cumprimento da decisão proferida por meio de Tutela Antecipada, não havendo recurso sobre a mesma, vez que a cirurgia foi devidamente realizada.

4. Que ultrapassada a preliminar arguida, que no Mérito, seja julgada improcedente A DEMANDA, RECONHECENDO A LEGALIDADE da prestação de serviço por meio de financiamento eis que consiste em previsão legal QUE REGULAMENTA o PLANO DE SAÚDE FECHADO OFERTADO PELO IPAMB AOS SERVIDORES MUNICIPAIS, considerando que o pedido viola os princípios da impessoalidade e isonomia e desrespeita a fila instituída pelo SUS para pacientes na mesma situação;

5. Que seja o presente recurso de APELAÇÃO conhecido e provido, para o fim de, reformar totalmente a douta Sentença do Juízo “a quo”, julgando no mérito improcedente o pedido da Apelada.

6. Que seja julgado improcedente a demanda, nos termos da fundamentação, declarando a impossibilidade de concessão da tutela antecipada e da impossibilidade de aplicação do CDC ao plano de saúde na modalidade de autogestão.

7. A não aplicação do ônus da sucumbência, nem a incidência de honorários advocatícios, considerando que o IPAMB já havia deferido a cirurgia da Apelada, estando em processamento da licitação a quando do ingresso da ação.

A apelada apresentou contrarrazões (ID 3762117 – fls. 1/13) pugnando pela manutenção da sentença.

O Ministério Público, na condição de *custus legis* emitiu parecer opinando pelo conhecimento e pelo não provimento do recurso (ID 4684317 – fls. 1/6).

É o relatório.



Tempestivo e adequado, merece conhecimento o recurso. No entanto, não deve prosperar o apelo.

Inicialmente, para o exame da questão, cumpre verificar o Capítulo II do Título VIII da Constituição Federal, que versa sobre a seguridade social. Esta, diante dos precisos termos do art. 194 da Constituição Federal, compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, visando à universalidade da cobertura e do atendimento (inc. I, do referido artigo), significando com isso que a seguridade social é destinada a toda a população, indistintamente, com recursos provenientes das fontes de custeio elencadas no art. 195, incs. I, II e III, e § 4º, da Constituição Federal.

A saúde, por sua vez, está prevista no art. 196 da Constituição Federal, que impõe ao Estado em todas as suas esferas o dever de política econômica que visem a reduzir doenças com manutenção dos serviços pertinentes, assegurando esse direito à saúde a todos os cidadãos, sem previsão de contribuição, sendo conveniente ressaltar que existe o Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei nº 8.080/90, com financiamento de recursos da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, nos termos do que dispõe o art. 198 da Carta Magna.

A previdência social, por sua vez, é organizada sob a forma de regime geral, atendida pelo INSS, com caráter contributivo e de filiação obrigatória, visando à manutenção financeira e atuarial, destinada a atender, pensões, auxílios-doença, auxílios-invalidez, dentre as várias hipóteses elencadas no art. 201 da Constituição Federal.

A assistência social, prevista no art. 203 da Constituição Federal, é prestada a todos os necessitados independentemente de contribuição, visando à proteção à família, à maternidade, além de garantia de salário mínimo mensal aos desprovidos de recursos, dentre outros objetivos.

Como se vê, dos três itens que compõem a seguridade social, destinada a toda a coletividade, tratando-se de dever do Estado, somente a previdência social exige caráter contributivo e de filiação obrigatória para a obtenção de seus benefícios, observado o seu regime geral.

A Lei Municipal nº 7.984, de 30/12/99, que dispõe sobre o plano de seguridade social aos servidores do Município de Belém, criando o IPAMB, enumera em seu art. 56 "O IPAMB prestará na forma estabelecida nesta Lei e seu Regulamento os seguintes benefícios: inciso II - serviços, aos contribuintes e seus dependentes: item 1 - a Assistência à Saúde compreenderá: assistência médica, hospitalar, ambulatorial, laboratorial, psicológica, odontológica, fisioterápica, fonoaudiológica, de enfermagem, farmacêutica, terapia ocupacional; programas de saúde preventiva, saúde do trabalhador; empréstimo-saúde; órteses e próteses, conforme o Regulamento.

Com efeito, o art. 149, § 1º, da Constituição Federal, sequer autoriza que entes federados possam instituir contribuição cobrada de seus servidores para o custeio de assistência à saúde, uma vez que há previsão expressa apenas de cobrança de contribuição para o custeio de regime previdenciário, observada a redação dada pela EC 41/03, como também não permitia o parágrafo único do mesmo artigo, em face do disposto da EC 20/98, posteriormente modificado pela EC 41/03.



Em face dos limites constitucionais, não há espaço para a cobrança a compulsória de contribuição destinada ao custeio da assistência à saúde, podendo apenas instituir sistema facultativo de saúde a seus servidores, podendo os mesmos aderirem ou não ao sistema instituído, que é paralelo ao sistema público do SUS, em situação similar com os sistemas privados de saúde.

Em se tratando de plano de assistência de adesão facultativa, tal circunstância equipara o PABSS do IPAMB aos planos de saúde privados.

Feitas essas considerações, em virtude de a adesão ao PABSS se equiparar ao ingresso em planos privados, aplicável, analogicamente a Súmula 469 do STJ, pela qual “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”, devendo ser assegurado ao paciente/apelado o tratamento necessário sem qualquer custo adicional do tratamento indicado pelo médico, qual seja os tratamentos de radioterapia e quimioterapia, sendo indevida qualquer cobrança adicional pelo IPAMB, inclusive sob a forma de financiamento, nos termos da Resolução Normativa – RN nº 428 de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Colha-se:

“Art. 18. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a CPT.

§ 1º A continuidade do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.”

Assim, tratando-se de adesão facultativa, tal circunstância equipara o PABSS do IPAMB aos planos privados, logo os ditames da Lei nº 9.656/98 podem ser aplicáveis ao caso, senão vejamos:

“EMENTA: REEXAME NECESSÁRIO E APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO À SAÚDE. ILEGITIMIDADE DO MUNICÍPIO DE BELÉM PARA RECORRER. IPAMB. AUTARQUIA PREVIDENCIÁRIA COM PERSONALIDADE JURÍDICA PRÓPRIA. RECURSO NÃO CONHECIDO. REEXAME NECESSÁRIO. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PABSS. EQUIPARAÇÃO AOS PLANOS PRIVADOS. DEVER DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS COOPERADOS. SENTENÇA MANTIDA. DECISÃO UNÂNIME.

I- A saúde é um direito fundamental cabendo ao Estado, diretamente ou mediante terceiros, o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

II- A exigência de contribuições dos segurados para custeio do plano e a sua adesão facultativa fundamentam a equiparação do Plano de Assistência do IASEP aos planos privados.

III- Aplica-se, por analogia, as disposições da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

IV- Recurso de apelação não conhecido. Sentença mantida em reexame necessário. Decisão Unânime.

(2019.03903073-49, 208.335, Rel. ROSILEIDE MARIA DA COSTA CUNHA, Órgão Julgador 1ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO, Julgado em 2019-09-02, Publicado em 2019-09-24)

AGRAVO DE INSTRUMENTO AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - DIREITO À SAÚDE -



RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS PLANO DE ASSISTÊNCIA IASEP EQUIPARAÇÃO AOS PLANOS PRIVADOS - ANTECIPAÇÃO DE TUTELA CONCEDIDA - REQUISITOS LEGAIS DEMONSTRADOS - MANUTENÇÃO DA DECISÃO.

1. *A saúde é um direito fundamental cabendo ao Estado, diretamente ou mediante terceiros, o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

2. *A exigência de contribuições dos segurados para custeio do plano e a sua adesão facultativa fundamentam a equiparação do Plano de Assistência do IASEP aos planos privados.*

3. *São aplicáveis, por analogia, as disposições da Lei nº 9.656/1998 que impõe os tratamentos antineoplásicos de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia como coberturas obrigatórias dos planos privados de assistência à saúde.*

4. *Demonstrados os requisitos da verossimilhança das alegações e do fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, sobretudo, relacionado a risco à saúde ou à própria vida da parte, deve ser mantida a antecipação de tutela concedida. Recurso conhecido, porém, desprovido. (TJ-PA - AI: 201430087953 PA, Relator: CELIA REGINA DE LIMA PINHEIRO, Data de Julgamento: 28/07/2014, 2ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA, Data de Publicação: 04/08/2014)”.*

O contrato de plano de saúde tem o objetivo de assegurar o direito à saúde do servidor e de seus dependentes, assim sendo, a exigência financeira se mostra indevida, configurando inclusive uma limitação arbitrária e materialmente inconstitucional, não merecendo prevalecer sobre a saúde, a vida e a dignidade do ser humano, princípios de índole constitucional.

No caso vertente, tratando-se de direito à saúde, bem como por se tratar de pessoa beneficiária do plano em questão, tem-se que é dever a sua prestação, não sendo legítima qualquer limitação arbitrária, a despeito da existência de legislação municipal, pois como é cediço as leis municipais devem observar e atender em seu conteúdo os ditames constitucionais.

Ademais, ainda que admitida a possibilidade de que as regras do plano de saúde contenham cláusulas limitativas dos direitos do segurado, revela-se abusivo o preceito excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico.

Vale ressaltar que a Lei nº 9.656/98 em seu artigo 35-C estabelece que é obrigatória a cobertura de atendimento nos casos de emergência, como na hipótese dos autos em que a autora necessitava realizar procedimento cirúrgico de urgência para tratamento do aneurisma cerebral, senão vejamos:

“Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

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;” (grifei)

Portanto, os tratamentos pleiteados na exordial deveriam ser cobertos pelo plano PABSS, independentemente de complementação de valores pelo segurado.

Ante o exposto, na esteira do parecer ministerial, conheço da apelação cível, porém, nego-lhe provimento, para manter inalterada a sentença de primeiro grau, nos termos da fundamentação lançada.

É o voto.

Belém, em data e hora registradas no sistema.



DESA. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO

Relatora



Assinado eletronicamente por: LUZIA NADJA GUIMARAES NASCIMENTO - 02/08/2022 12:35:06

<https://pje-consultas.tjpa.jus.br/pje-1g-consultas/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22080212350677300000009928501>

Número do documento: 22080212350677300000009928501

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. SERVIDORA PÚBLICA INSCRITA NO PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE DO SERVIDOR – PABSS. PRESCRIÇÃO MÉDICA DEMONSTRANDO A NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL. NEGATIVA DE COBERTURA. FINANCIAMENTO PARA CUSTEIO DO TRATAMENTO ATRAVÉS DE DESCONTO EM FOLHA. NECESSIDADE DE COBERTURA TOTAL, SEM FINANCIAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. DESCONTO EM FOLHA INDEVIDO. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1. A saúde é um direito fundamental cabendo ao Estado, diretamente ou mediante terceiros, o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

2. Tratando-se de plano de assistência à saúde de adesão facultativa, tal circunstância equipara o PABSS do IPAMB aos planos de saúde privados.

3. A jurisprudência deste Egrégio Tribunal é pacífica quanto à necessidade de cobertura total face a gravidade e urgência/emergência do estado de saúde do paciente. Obrigatoriedade de cobertura de atendimento de urgência e emergência. Inteligência da alínea d do inciso I do art.18 do Decreto Municipal nº 37.522/00. Aplicação do art.35-C Lei nº 9.656/1998, que estabelece a obrigatoriedade de cobertura de atendimento de urgência e de emergência às entidades de autogestão.

4. Recurso de apelação conhecido e improvido. Remessa necessária pela manutenção da sentença.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e aprovados em Plenário Virtual os autos acima identificados, ACÓRDAM os Excelentíssimos Desembargadores que integram a 2ª Turma de Direito Público do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, no sentido de conhecer e negar provimento ao recurso, na conformidade do Relatório e Voto que passam a integrar o presente Acórdão.

Participaram do julgamento os Excelentíssimos Desembargadores José Maria Teixeira do Rosário (Presidente), Luzia Nadja Guimarães Nascimento (Relatora) e Luiz Gonzaga da Costa Neto (Membro).

Belém, em data e hora registrados no sistema.

Desa. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO

Relatora

