



Número: **0819513-89.2021.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

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

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES**

Última distribuição : **24/11/2021**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Processo referência: **0819513-89.2021.8.14.0301**

Assuntos: **Liminar , COVID-19**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELANTE)	DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
JULIA PORTUGAL GONCALVES (APELADO)	PABLO TIAGO SANTOS GONCALVES (ADVOGADO) MAISA PINHEIRO CORREA VON GRAPP (ADVOGADO)
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	RAIMUNDO DE MENDONCA RIBEIRO ALVES (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
13380099	28/03/2023 15:33	<a href="#">Acórdão</a>	Acórdão
13353250	28/03/2023 15:33	<a href="#">Relatório</a>	Relatório
13353251	28/03/2023 15:33	<a href="#">Voto do Magistrado</a>	Voto
13353248	28/03/2023 15:33	<a href="#">Ementa</a>	Ementa



## TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

**APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0819513-89.2021.8.14.0301**

**APELANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO**

**APELADO: JULIA PORTUGAL GONCALVES**

**RELATOR(A): Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES**

### EMENTA

#### EMENTA

**APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PACIENTE DIAGNOSTICADA COM LEUCEMIA AGUDA – FORNECIMENTO DO TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA – EXCEPCIONALIDADE DEMONSTRADA - EMERGÊNCIA RELATADA POR MEIO DE LAUDO MÉDICO – CUSTEIO POR PARTE DO PLANO DE SAÚDE – PREVALÊNCIA DA SAÚDE E DA VIDA DA PACIENTE EM DETRIMENTO AOS INTERESSES ECONÔMICOS DA OPERADORA – MANUTENÇÃO DA SENTENÇA – RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.**

**1-Analisando detidamente os autos, restou constatado que a autora, ora apelada, fora diagnosticada com leucemia linfóide aguda B, cujo tratamento indicado pela médica da requerente, incluindo o quimioterápico, deveria ser realizado em centro transplantador, havendo urgência no início do tratamento por risco de piora da função renal e progressão de doença.**

**2-No caso em comento, pertinente também ressaltar que, o estado de saúde da paciente foi avaliado por médico especializado, não podendo a operadora de plano de saúde se eximir da responsabilidade de autorizar o tratamento prescrito.**

**Ademais, oportuno salientar que a apelante não se desincumbiu de demonstrar que possui centro transplantador disponível dentre as unidades credenciadas da UNIMED, considerando que na relação consumerista, o ônus probatório pertence ao fornecedor do serviço.**



3-Nessa esteira de raciocínio, a falta de prestadores ou de hospital adequado na rede credenciada do plano é suficiente para justificar a obrigatoriedade da concessão do procedimento no centro transplantador.

4-A Lei n.º 9.656/98 (art. 35-C), ao elencar as normas atinentes às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, veda expressamente condutas abusivas, tais como a negativa de cobertura de atendimento em casos de emergência ou urgência, cujo procedimento eleito pelo médico se revela indispensável ao restabelecimento da saúde do segurado.

5-Por conseguinte, tratando-se o presente caso de situação excepcional, onde restou nítido o caráter de emergência da manutenção do tratamento, conforme laudo médico juntado aos autos, é medida que se impõe condenar a empresa ré a arcar com a integralidade dos procedimentos prescritos pelo médico, não merecendo reparos a sentença nessa parte que confirmou a liminar deferida, determinando que a empresa requerida autorizasse e custeasse o tratamento do autor, conforme prescrição médica.

6-Ademais, não se pode olvidar que, dada a incidência do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de planos de saúde (pacificada pela súmula 608 do STJ1), o beneficiário é reputado como presumidamente vulnerável (artigo 4º, inciso I) e dispõe de um catálogo de direitos básicos, entre os quais se insere a liberdade de eleger os serviços consumidos (artigo 6º, inciso II).

7-Por fim, embora possam existir, de fato, cláusulas contratuais restritivas aos direitos dos consumidores (art. 54, § 4.º do CDC), revela-se aqui abusiva e ilegal a previsão que desobriga a operadora de fornecer a assistência médica expressamente prescrita em laudo médico, posto que imprescindível ao tratamento da segurada/agravada.

8-Recurso conhecido e desprovido.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de recurso de **APELAÇÃO CÍVEL**, nos autos de **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER**, tendo como apelante **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** e como apelada **JULIA PORTUGAL GONÇALVES**.

Acordam os Exmos. Senhores Desembargadores membros da 2ª Turma de Direito Privado deste E. Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, conhecer do recurso e negar-lhe provimento, nos termos do voto da Exma. Des. Relatora.

## RELATÓRIO

### RELATÓRIO

Tratam os presentes autos de recurso de **APELAÇÃO CÍVEL** interposto por **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** contra sentença proferida pelo



Juízo da 15ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém/Pa, que nos autos da **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS**, julgou procedente a demanda, confirmando a tutela de urgência deferida, no sentido de reconhecer a obrigação de fazer da ré, a fim de determinar que a ré autorize cirurgia, bem como custeie todos os demais procedimentos necessários (exames, consultas, terapias, etc.) ao tratamento da autora no Hospital A. C. CAMARGO, em São Paulo, condenando a demandada ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da causa, nos termos do §2º do art.85 do CPC, tendo como ora apelada **JULIA PORTUGAL GONÇALVES**.

A autora ajuizou a presente demanda aduzindo que é usuária do plano de saúde administrado pela requerida, com cobertura nacional, tipo apartamento, modalidade coletivo empresarial, sendo que em 18/02/2021 notou edema assimétrico exagerado em uma de suas pernas, e após a realização de exames, em especial angio-tomografia de abdômen, fora identificado tumor pélvico, o quadro era grave e diante da falta de médicos especializados nesta capital e o iminente colapso no sistema de saúde em decorrência da pandemia, optou por ir para São Paulo em busca de melhores condições de tratamento e suporte investigativo.

Informou que foi admitida no HOSPITAL A. C. CAMARGO, recebendo laudo médico confirmando diagnóstico de leucemia linfóide aguda B, e indicando a necessidade de início imediato do tratamento.

Alegou que foi alertada que o tipo de leucemia é de rápida evolução, levando ao acometimento sistemático de todo o organismo, razão pela qual, havia necessidade premente de que o tratamento fosse realizado em um “centro de referência em sarcoma de alta complexidade”, sendo que o HOSPITAL A. C. CAMARGO, é um dos três centros de referência desse tipo.

Requeriu, portanto, a concessão de tutela de urgência, no sentido de que a requerida fosse condenada a autorizar imediatamente o custeio do tratamento da autora, inclusive, a realização das cirurgias no Hospital A. C. Camargo Câncer Center, em São Paulo/SP, bem como que garantisse e custeasse todos os demais atos correlatos como por exemplo, exames, consultas, terapias, etc. No mais, quanto ao mérito, a confirmação da tutela provisória, com a total procedência da ação.

Em sede de contestação, a requerida ressaltou que a autora não procurou o plano ou qualquer outro hospital credenciado da UNIMED, tendo escolhido realizar seu tratamento de saúde na forma particular junto ao HOSPITAL A. C. CAMARGO, com plena ciência de que o referido hospital não faz parte da rede credenciada.

Esclareceu que embora o caso da paciente autora fosse grave, não se enquadrava nas exceções legais que possibilitavam o tratamento fora da rede credenciada de seu plano de saúde, eis que o tratamento tem sido realizado sem a internação da autora, tendo ressaltado que a mesma recebeu alta e estava bem clinicamente, pugnando pela improcedência da demanda.

O feito seguiu tramitação até a prolação da sentença (ID Nº. 7075891) que julgou



procedente a demanda.

Inconformada, **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** interpôs recurso de Apelação (ID Nº. 7075893) pugnando pela reforma da sentença, alegando a impossibilidade de atendimento de paciente fora da rede credenciada, bem como, a cobertura de procedimentos em hospitais de tabela própria (particulares), sob pena de afrontar o que determina a Lei nº 9.656/1998 e as resoluções da ANS.

Sustenta que a apelada tinha ciência que o Hospital A. C. Camargo não era credenciado à UNIMED, ainda assim, por deliberação própria, optou por realizar o tratamento no referido hospital, pagando o início do tratamento conforme relatado na exordial, e vindo a procurar o Plano de Saúde apenas quando os recursos financeiros da família acabaram.

Reitera que a UNIMED possui hospitais adequados e médicos competentes para realizar o tratamento da paciente, inclusive na cidade de São Paulo, porém, que não pode o apelante ser compelido a custear o tratamento do apelada no hospital particular a sua escolha.

Por fim, pugna pelo conhecimento e provimento do recurso, a fim de que a sentença ora vergastada seja reformada, julgando improcedente o pedido da autora.

Em sede de contrarrazões (ID Nº. 7075899), a apelada refuta todos os argumentos trazidos pela recorrente, pugnando pela manutenção da sentença guerreada em todos os seus termos.

Instada a se manifestar, a Douta Procuradoria de Justiça opinou pelo conhecimento e desprovimento do recurso (ID Nº. 8285107).

**É o Relatório.**

### VOTO

**VOTO**

Avaliados os pressupostos processuais, tenho-os como regularmente constituídos, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

Cinge-se a questão à análise da sentença que julgou procedente a demanda, condenando a empresa requerida a autorizar a cirurgia e custear todos os demais procedimentos



necessários (exames, consultas, terapias, etc.) ao tratamento da autora no Hospital A. C. CAMARGO, em São Paulo.

Inicialmente, insta salientar que a relação jurídica entre a operadora de plano de assistência à saúde e os contratantes de tais serviços é regida pela Lei nº 9.656/98 e também pelo Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido, a Lei nº 9.656/98, em seu art. 35-G, invoca a aplicação subsidiária da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), de maneira que a presente demanda deve seguir os dois diplomas.

Analisando detidamente os autos, restou constatado que a autora, ora apelada, fora diagnosticada com leucemia linfóide aguda B, cujo tratamento indicado pela médica da requerente, incluindo o quimioterápico, deveria ser realizado em centro transplantador, havendo urgência no início do tratamento por risco de piora da função renal e progressão de doença (ID Nº. 7075788)

Ressalta-se que a recorrente mantém com a recorrida relação contratual de prestação de serviços médicos, no plano UNIMAX NACIONAL APARTAMENTO COLETIVO EMPRESARIAL, na forma AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

Nesse sentido, é importante consignar que o contrato de plano de saúde é um contrato de trato sucessivo, cuja finalidade é proteger a vida, não podendo os lucros visados pelas seguradoras em seu ramo de atividades, superarem este bem jurídico.

No caso em comento, pertinente também ressaltar que, o estado de saúde da paciente foi avaliado por médico especializado, não podendo a operadora de plano de saúde se eximir da responsabilidade de autorizar o tratamento prescrito.

Ademais, oportuno salientar que a apelante não se desincumbiu de demonstrar que possui centro transplantador disponível dentre as unidades credenciadas da UNIMED, considerando que na relação consumerista, o ônus probatório pertence ao fornecedor do serviço.

Nessa esteira de raciocínio, a falta de prestadores ou de hospital adequado na rede credenciada do plano é suficiente para justificar a obrigatoriedade da concessão do procedimento no centro transplantador.

A respeito do assunto, Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento segundo o qual o reembolso ou custeio de tratamento fora da rede credenciada se justifica quando ocorrer inexistência ou insuficiência de estabelecimentos (hospitais especializados) ou profissionais (médicos) credenciados que possam atender ao paciente em situação de urgência ou emergência, senão vejamos:

**EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL.  
PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-  
HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA.**



RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DESPROVIDOS. 1. Cinge-se a controvérsia em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a reembolsar as despesas médico-hospitalares relativas a procedimento cirúrgico realizado em hospital não integrante da rede credenciada. 2. O acórdão embargado, proferido pela Quarta Turma do STJ, fez uma interpretação restritiva do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, enquanto a Terceira Turma do STJ tem entendido que a exegese do referido dispositivo deve ser expandida. 3. **O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento.** 4. Embargos de divergência desprovidos. (EAREsp 1459849/ES, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/10/2020, DJe 17/12/2020) grifado

A Lei n.º 9.656/98 (art. 35-C), ao elencar as normas atinentes às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, veda expressamente condutas abusivas, tais como a negativa de cobertura de atendimento em casos de emergência ou urgência, cujo procedimento eleito pelo médico se revela indispensável ao restabelecimento da saúde do segurado.

Nesse sentido, expõem-se os conceitos que se encontram dispostos no art. 35-C da Lei 9.656/98 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

***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; II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.***

A Resolução CFM 1451/95 do Conselho Federal de Medicina, ao estabelecer situações emergenciais, igualmente pontifica: **"Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato"**.

Por conseguinte, tratando-se o presente caso de situação excepcional, onde restou nítido o caráter de emergência da manutenção do tratamento, conforme laudo médico juntado aos autos, é medida que se impõe condenar a empresa ré a arcar com a integralidade dos procedimentos prescritos pelo médico, não merecendo reparos a sentença nessa parte que confirmou a liminar deferida, determinando que a empresa requerida autorizasse e custeasse o tratamento do autor, conforme prescrição médica.

A respeito do assunto, vejamos a Jurisprudência Pátria:



**“É abusiva a negativa de cobertura pelo plano de saúde de procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para preservar a saúde e a vida do paciente”, decidiram os ministros da 3ª Turma do STJ ao julgar o AgRg no REsp 1.325.733.**

**“O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que, havendo cobertura para a doença, conseqüentemente deverá haver cobertura para procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano”, decidiu a 4ª Turma do STJ ao analisar o recurso AgRg no AREsp 718.634.**

**EMENTA: APELAÇÃO CIVEL. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. CONTRATO DE SEGURO SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS HOSPITALARES. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. ENFARTE. HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. POSSIBILIDADE. ART. 35-C DA LEI 9656/98.** RECUSA DE COBERTURA INJUSTIFICADA. DANOS MORAIS. APELO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1- Estando o beneficiário de plano de saúde necessitando de atendimento médico de emergência, no caso acometido de enfarte, é lícito que procure atendimento médico em hospital não conveniado pelo plano. 2- Nos termos de recente decisão do STJ, o plano de saúde deve reembolsar o segurado pelos valores que despendeu com tratamento médico realizado por prestador não integrante da rede referenciada, limitando-se o reembolso, no mínimo, ao valor da tabela de referência de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo plano de saúde. (STJ - REsp: 1286133 MG 2011/0241035-4, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Julgamento: 05/04/2016, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 11/04/2016) 3- A recusa de cobertura de procedimento médico é capaz de causar ao indivíduo significativo abalo psíquico, sendo, no caso, presumido (dano moral in re ipsa) desde que seja grave o estado de saúde, e haja necessidade de tratamento urgente. 4- O valor da indenização tem por finalidade impor o fator desestimulante ou sancionatório para a ausência de prudência da ré, que deu causa a situação ocorrida com a autora, sendo cabível a fixação no valor pleiteado pela autora, qual seja, R\$ 5.000,00, (cinco mil reais) aplicando-se no caso os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. (TJ-PE - APL: 3847645 PE, Relator: José Fernandes de Lemos, Data de Julgamento: 15/08/2018, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 06/09/2018).

Ademais, não se pode olvidar que, dada a incidência do Código de Defesa do





Consumidor nos contratos de planos de saúde (pacificada pela súmula 608 do STJ1), o beneficiário é reputado como presumidamente vulnerável (artigo 4º, inciso I) e dispõe de um catálogo de direitos básicos, entre os quais se insere a liberdade de eleger os serviços consumidos (artigo 6º, inciso II).

Nessa linha, a jurisprudência vem reconhecendo que **"é facultado ao consumidor escolher, por meio de seus critérios pessoais (vínculo entre o paciente e o profissional, por exemplo), qual será o seu prestador de serviço"**, sobretudo em caso de doenças que exigem um atendimento personalíssimo e altamente especializado, como é o caso, em que a autora fora diagnosticada com leucemia aguda e precisava realizar o tratamento em um centro transplantador.

A respeito do tema, colaciono Jurisprudência:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C TUTELA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. MENOR PORTADOR DE SÍNDROME DO ESPECTO AUTISTA (TEA). PRESCRIÇÃO DE PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR (FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL E EQUOTERAPIA). CONCESSÃO PARCIAL EM ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. NEGATIVA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. REQUISITOS DO ART. 300, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL AMPLAMENTE CONFIGURADOS. CONTINUIDADE DA REALIZAÇÃO DAS TERAPIAS COM OS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM O AUTOR. POSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO A FIM DE EVITAR A PIORA DO QUADRO CLÍNICO. JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. RECURSO PROVIDO. 1. **Uma vez verificada doença coberta, o plano de saúde deve garantir o tratamento ao paciente com toda a tecnologia disponível e definida por profissional médico, não lhe cabendo questionar a eficácia do tratamento prescrito.** 2. Considerando que o autor criou vínculo terapêutico com os profissionais que o acompanham, qualquer alteração poderá acarretar piora do seu quadro clínico, razão pela qual as terapias devem ser mantidas com os profissionais que já o auxiliam. Precedentes. (TJPR - 8ª C. Cível - 0052168-26.2021.8.16.0000 - Maringá - Rel.: DESEMBARGADOR HELIO HENRIQUE LOPES FERNANDES LIMA - J. 21.02.2022)

Por fim, embora possam existir, de fato, cláusulas contratuais restritivas aos direitos dos consumidores (art. 54, § 4.º do CDC), revela-se aqui abusiva e ilegal a previsão que desobriga a operadora de fornecer a assistência médica expressamente prescrita em laudo médico, posto que imprescindível ao tratamento da segurada/agravada.

Ante o exposto e, na esteira da Douta Procuradoria de Justiça, **CONHEÇO DO RECURSO E NEGO-LHE PROVIMENTO**, para manter in totum a sentença proferida pelo Juízo de 1º grau, que condenou a empresa requerida condenando a empresa requerida a autorizar a cirurgia e custear todos os demais procedimentos necessários (exames, consultas, terapias, etc.) ao tratamento da autora no Hospital A. C. CAMARGO, em São Paulo.



**É COMO VOTO.**

Belém, 28/03/2023



Assinado eletronicamente por: MARIA DE NAZARE SAAVEDRA GUIMARAES - 28/03/2023 15:33:50

<https://pje-consultas.tjpa.jus.br/pje-2g-consultas/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23032815335022400000013017713>

Número do documento: 23032815335022400000013017713

## RELATÓRIO

Tratam os presentes autos de recurso de **APELAÇÃO CÍVEL** interposto por **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** contra sentença proferida pelo Juízo da 15ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém/Pa, que nos autos da **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS**, julgou procedente a demanda, confirmando a tutela de urgência deferida, no sentido de reconhecer a obrigação de fazer da ré, a fim de determinar que a ré autorize cirurgia, bem como custeie todos os demais procedimentos necessários (exames, consultas, terapias, etc.) ao tratamento da autora no Hospital A. C. CAMARGO, em São Paulo, condenando a demandada ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da causa, nos termos do §2º do art.85 do CPC, tendo como ora apelada **JULIA PORTUGAL GONÇALVES**.

A autora ajuizou a presente demanda aduzindo que é usuária do plano de saúde administrado pela requerida, com cobertura nacional, tipo apartamento, modalidade coletivo empresarial, sendo que em 18/02/2021 notou edema assimétrico exagerado em uma de suas pernas, e após a realização de exames, em especial angio-tomografia de abdômen, fora identificado tumor pélvico, o quadro era grave e diante da falta de médicos especializados nesta capital e o iminente colapso no sistema de saúde em decorrência da pandemia, optou por ir para São Paulo em busca de melhores condições de tratamento e suporte investigativo.

Informou que foi admitida no HOSPITAL A. C. CAMARGO, recebendo laudo médico confirmando diagnóstico de leucemia linfóide aguda B, e indicando a necessidade de início imediato do tratamento.

Alegou que foi alertada que o tipo de leucemia é de rápida evolução, levando ao acometimento sistemático de todo o organismo, razão pela qual, havia necessidade premente de que o tratamento fosse realizado em um “centro de referência em sarcoma de alta complexidade”, sendo que o HOSPITAL A. C. CAMARGO, é um dos três centros de referência desse tipo.

Requeru, portanto, a concessão de tutela de urgência, no sentido de que a requerida fosse condenada a autorizar imediatamente o custeio do tratamento da autora, inclusive, a realização das cirurgias no Hospital A. C. Camargo Câncer Center, em São Paulo/SP, bem como que garantisse e custeasse todos os demais atos correlatos como por exemplo, exames, consultas, terapias, etc. No mais, quanto ao mérito, a confirmação da tutela provisória, com a total procedência da ação.

Em sede de contestação, a requerida ressaltou que a autora não procurou o plano ou qualquer outro hospital credenciado da UNIMED, tendo escolhido realizar seu tratamento de saúde na forma particular junto ao HOSPITAL A. C. CAMARGO, com plena ciência de que o



referido hospital não faz parte da rede credenciada.

Esclareceu que embora o caso da paciente autora fosse grave, não se enquadrava nas exceções legais que possibilitavam o tratamento fora da rede credenciada de seu plano de saúde, eis que o tratamento tem sido realizado sem a internação da autora, tendo ressaltado que a mesma recebeu alta e estava bem clinicamente, pugnando pela improcedência da demanda.

O feito seguiu tramitação até a prolatação da sentença (ID Nº. 7075891) que julgou procedente a demanda.

Inconformada, **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** interpôs recurso de Apelação (ID Nº. 7075893) pugnando pela reforma da sentença, alegando a impossibilidade de atendimento de paciente fora da rede credenciada, bem como, a cobertura de procedimentos em hospitais de tabela própria (particulares), sob pena de afrontar o que determina a Lei nº 9.656/1998 e as resoluções da ANS.

Sustenta que a apelada tinha ciência que o Hospital A. C. Camargo não era credenciado à UNIMED, ainda assim, por deliberação própria, optou por realizar o tratamento no referido hospital, pagando o início do tratamento conforme relatado na exordial, e vindo a procurar o Plano de Saúde apenas quando os recursos financeiros da família acabaram.

Reitera que a UNIMED possui hospitais adequados e médicos competentes para realizar o tratamento da paciente, inclusive na cidade de São Paulo, porém, que não pode o apelante ser compelido a custear o tratamento do apelada no hospital particular a sua escolha.

Por fim, pugna pelo conhecimento e provimento do recurso, a fim de que a sentença ora vergastada seja reformada, julgando improcedente o pedido da autora.

Em sede de contrarrazões (ID Nº. 7075899), a apelada refuta todos os argumentos trazidos pela recorrente, pugnando pela manutenção da sentença guerreada em todos os seus termos.

Instada a se manifestar, a Douta Procuradoria de Justiça opinou pelo conhecimento e desprovimento do recurso (ID Nº. 8285107).

### **É o Relatório.**



## VOTO

Avaliados os pressupostos processuais, tenho-os como regularmente constituídos, razão pela qual conheço do recurso, passando a proferir voto.

Cinge-se a questão à análise da sentença que julgou procedente a demanda, condenando a empresa requerida a autorizar a cirurgia e custear todos os demais procedimentos necessários (exames, consultas, terapias, etc.) ao tratamento da autora no Hospital A. C. CAMARGO, em São Paulo.

Inicialmente, insta salientar que a relação jurídica entre a operadora de plano de assistência à saúde e os contratantes de tais serviços é regida pela Lei nº 9.656/98 e também pelo Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido, a Lei nº 9.656/98, em seu art. 35-G, invoca a aplicação subsidiária da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), de maneira que a presente demanda deve seguir os dois diplomas.

Analisando detidamente os autos, restou constatado que a autora, ora apelada, fora diagnosticada com leucemia linfóide aguda B, cujo tratamento indicado pela médica da requerente, incluindo o quimioterápico, deveria ser realizado em centro transplantador, havendo urgência no início do tratamento por risco de piora da função renal e progressão de doença (ID Nº. 7075788)

Ressalta-se que a recorrente mantém com a recorrida relação contratual de prestação de serviços médicos, no plano UNIMAX NACIONAL APARTAMENTO COLETIVO EMPRESARIAL, na forma AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

Nesse sentido, é importante consignar que o contrato de plano de saúde é um contrato de trato sucessivo, cuja finalidade é proteger a vida, não podendo os lucros visados pelas seguradoras em seu ramo de atividades, superarem este bem jurídico.

No caso em comento, pertinente também ressaltar que, o estado de saúde da paciente foi avaliado por médico especializado, não podendo a operadora de plano de saúde se eximir da responsabilidade de autorizar o tratamento prescrito.

Ademais, oportuno salientar que a apelante não se desincumbiu de demonstrar que possui centro transplantador disponível dentre as unidades credenciadas da UNIMED, considerando que na relação consumerista, o ônus probatório pertence ao fornecedor do serviço.

Nessa esteira de raciocínio, a falta de prestadores ou de hospital adequado na rede credenciada do plano é suficiente para justificar a obrigatoriedade da concessão do procedimento no centro transplantador.



A respeito do assunto, Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento segundo o qual o reembolso ou custeio de tratamento fora da rede credenciada se justifica quando ocorrer inexistência ou insuficiência de estabelecimentos (hospitais especializados) ou profissionais (médicos) credenciados que possam atender ao paciente em situação de urgência ou emergência, senão vejamos:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DESPROVIDOS. 1. Cinge-se a controvérsia em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a reembolsar as despesas médico-hospitalares relativas a procedimento cirúrgico realizado em hospital não integrante da rede credenciada. 2. O acórdão embargado, proferido pela Quarta Turma do STJ, fez uma interpretação restritiva do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, enquanto a Terceira Turma do STJ tem entendido que a exegese do referido dispositivo deve ser expandida. 3. **O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento.** 4. Embargos de divergência desprovidos. (EAREsp 1459849/ES, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/10/2020, DJe 17/12/2020) grifado

A Lei n.º 9.656/98 (art. 35-C), ao elencar as normas atinentes às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, veda expressamente condutas abusivas, tais como a negativa de cobertura de atendimento em casos de emergência ou urgência, cujo procedimento eleito pelo médico se revela indispensável ao restabelecimento da saúde do segurado.

Nesse sentido, expõem-se os conceitos que se encontram dispostos no art. 35-C da Lei 9.656/98 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

***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; II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.***

A Resolução CFM 1451/95 do Conselho Federal de Medicina, ao estabelecer situações emergenciais, igualmente pontifica: **"Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento**



**intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato".**

Por conseguinte, tratando-se o presente caso de situação excepcional, onde restou nítido o caráter de emergência da manutenção do tratamento, conforme laudo médico juntado aos autos, é medida que se impõe condenar a empresa ré a arcar com a integralidade dos procedimentos prescritos pelo médico, não merecendo reparos a sentença nessa parte que confirmou a liminar deferida, determinando que a empresa requerida autorizasse e custeasse o tratamento do autor, conforme prescrição médica.

A respeito do assunto, vejamos a Jurisprudência Pátria:

**“É abusiva a negativa de cobertura pelo plano de saúde de procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para preservar a saúde e a vida do paciente”, decidiram os ministros da 3ª Turma do STJ ao julgar o AgRg no REsp 1.325.733.**

**“O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que, havendo cobertura para a doença, conseqüentemente deverá haver cobertura para procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano”, decidiu a 4ª Turma do STJ ao analisar o recurso AgRg no AREsp 718.634.**

EMENTA: **APELAÇÃO CIVEL. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. CONTRATO DE SEGURO SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS HOSPITALARES. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. ENFARTE. HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. POSSIBILIDADE. ART. 35-C DA LEI 9656/98.** RECUSA DE COBERTURA INJUSTIFICADA. DANOS MORAIS. APELO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1- Estando o beneficiário de plano de saúde necessitando de atendimento médico de emergência, no caso acometido de enfarte, é lícito que procure atendimento médico em hospital não conveniado pelo plano. 2- Nos termos de recente decisão do STJ, o plano de saúde deve reembolsar o segurado pelos valores que despendeu com tratamento médico realizado por prestador não integrante da rede referenciada, limitando-se o reembolso, no mínimo, ao valor da tabela de referência de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo plano de saúde. (STJ - REsp: 1286133 MG 2011/0241035-4, Relator: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Data de Julgamento: 05/04/2016, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 11/04/2016) 3- A recusa de cobertura de procedimento médico é capaz de causar ao indivíduo significativo abalo psíquico, sendo, no caso, presumido (dano moral in re ipsa) desde que seja grave o estado de saúde, e haja necessidade de tratamento urgente. 4- O valor da indenização tem por finalidade impor o fator desestimulante ou sancionatório para a ausência de prudência da ré, que deu causa a situação ocorrida com a autora, sendo



cabível a fixação no valor pleiteado pela autora, qual seja, R\$ 5.000,00, (cinco mil reais) aplicando-se no caso os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. (TJ-PE - APL: 3847645 PE, Relator: José Fernandes de Lemos, Data de Julgamento: 15/08/2018, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 06/09/2018).

Ademais, não se pode olvidar que, dada a incidência do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de planos de saúde (pacificada pela súmula 608 do STJ1), o beneficiário é reputado como presumidamente vulnerável (artigo 4º, inciso I) e dispõe de um catálogo de direitos básicos, entre os quais se insere a liberdade de eleger os serviços consumidos (artigo 6º, inciso II).

Nessa linha, a jurisprudência vem reconhecendo que **"é facultado ao consumidor escolher, por meio de seus critérios pessoais (vínculo entre o paciente e o profissional, por exemplo), qual será o seu prestador de serviço"**, sobretudo em caso de doenças que exigem um atendimento personalíssimo e altamente especializado, como é o caso, em que a autora fora diagnosticada com leucemia aguda e precisava realizar o tratamento em um centro transplantador.

A respeito do tema, colaciono Jurisprudência:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C TUTELA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. MENOR PORTADOR DE SÍNDROME DO ESPECTO AUTISTA (TEA). PRESCRIÇÃO DE PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR (FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL E EQUOTERAPIA). CONCESSÃO PARCIAL EM ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. NEGATIVA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. REQUISITOS DO ART. 300, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL AMPLAMENTE CONFIGURADOS. CONTINUIDADE DA REALIZAÇÃO DAS TERAPIAS COM OS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM O AUTOR. POSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO A FIM DE EVITAR A PIORA DO QUADRO CLÍNICO. JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. RECURSO PROVIDO. 1. **Uma vez verificada doença coberta, o plano de saúde deve garantir o tratamento ao paciente com toda a tecnologia disponível e definida por profissional médico, não lhe cabendo questionar a eficácia do tratamento prescrito.** 2. Considerando que o autor criou vínculo terapêutico com os profissionais que o acompanham, qualquer alteração poderá acarretar piora do seu quadro clínico, razão pela qual as terapias devem ser mantidas com os profissionais que já o auxiliam. Precedentes. (TJPR - 8ª C. Cível - 0052168-26.2021.8.16.0000 - Maringá - Rel.: DESEMBARGADOR HELIO HENRIQUE LOPES FERNANDES LIMA - J. 21.02.2022)

Por fim, embora possam existir, de fato, cláusulas contratuais restritivas aos direitos dos consumidores (art. 54, § 4.º do CDC), revela-se aqui abusiva e ilegal a previsão que





desobriga a operadora de fornecer a assistência médica expressamente prescrita em laudo médico, posto que imprescindível ao tratamento da segurada/agravada.

Ante o exposto e, na esteira da Douta Procuradoria de Justiça, **CONHEÇO DO RECURSO E NEGO-LHE PROVIMENTO**, para manter in totum a sentença proferida pelo Juízo de 1º grau, que condenou a empresa requerida condenando a empresa requerida a autorizar a cirurgia e custear todos os demais procedimentos necessários (exames, consultas, terapias, etc.) ao tratamento da autora no Hospital A. C. CAMARGO, em São Paulo.

**É COMO VOTO.**



## EMENTA

**APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PACIENTE DIAGNOSTICADA COM LEUCEMIA AGUDA – FORNECIMENTO DO TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA – EXCEPCIONALIDADE DEMONSTRADA - EMERGÊNCIA RELATADA POR MEIO DE LAUDO MÉDICO – CUSTEIO POR PARTE DO PLANO DE SAÚDE – PREVALÊNCIA DA SAÚDE E DA VIDA DA PACIENTE EM DETRIMENTO AOS INTERESSES ECONÔMICOS DA OPERADORA – MANUTENÇÃO DA SENTENÇA – RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.**

**1-Analisando detidamente os autos, restou constatado que a autora, ora apelada, fora diagnosticada com leucemia linfóide aguda B, cujo tratamento indicado pela médica da requerente, incluindo o quimioterápico, deveria ser realizado em centro transplantador, havendo urgência no início do tratamento por risco de piora da função renal e progressão de doença.**

**2-No caso em comento, pertinente também ressaltar que, o estado de saúde da paciente foi avaliado por médico especializado, não podendo a operadora de plano de saúde se eximir da responsabilidade de autorizar o tratamento prescrito.**

**Ademais, oportuno salientar que a apelante não se desincumbiu de demonstrar que possui centro transplantador disponível dentre as unidades credenciadas da UNIMED, considerando que na relação consumerista, o ônus probatório pertence ao fornecedor do serviço.**

**3-Nessa esteira de raciocínio, a falta de prestadores ou de hospital adequado na rede credenciada do plano é suficiente para justificar a obrigatoriedade da concessão do procedimento no centro transplantador.**

**4-A Lei n.º 9.656/98 (art. 35-C), ao elencar as normas atinentes às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, veda expressamente condutas abusivas, tais como a negativa de cobertura de atendimento em casos de emergência ou urgência, cujo procedimento eleito pelo médico se revela indispensável ao restabelecimento da saúde do segurado.**

**5-Por conseguinte, tratando-se o presente caso de situação excepcional, onde restou nítido o caráter de emergência da manutenção do tratamento, conforme laudo médico juntado aos autos, é medida que se impõe condenar a empresa ré a arcar com a integralidade dos procedimentos prescritos pelo médico, não merecendo reparos a sentença nessa parte que confirmou a liminar deferida, determinando que a empresa requerida autorizasse e custeasse o tratamento do autor, conforme prescrição médica.**

**6-Ademais, não se pode olvidar que, dada a incidência do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de planos de saúde (pacificada pela súmula 608 do STJ1), o beneficiário é reputado como presumidamente vulnerável (artigo 4º, inciso I) e dispõe de um catálogo de direitos básicos, entre os quais se insere a liberdade de eleger os serviços consumidos (artigo 6º, inciso II).**

**7-Por fim, embora possam existir, de fato, cláusulas contratuais restritivas aos direitos dos consumidores (art. 54, § 4.º do CDC), revela-se aqui abusiva e ilegal a previsão que desobriga a operadora de fornecer a assistência médica expressamente prescrita em laudo médico, posto que imprescindível ao tratamento da segurada/agravada.**

**8-Recurso conhecido e desprovido.**



**Vistos, relatados e discutidos estes autos de recurso de APELAÇÃO CÍVEL, nos autos de AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, tendo como apelante UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO e como apelada JULIA PORTUGAL GONÇALVES.**

**Acordam os Exmos. Senhores Desembargadores membros da 2ª Turma de Direito Privado deste E. Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, conhecer do recurso e negar-lhe provimento, nos termos do voto da Exma. Desa. Relatora.**

