



Número: **0000243-30.2012.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

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

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

Última distribuição : **01/09/2021**

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

Processo referência: **0000243-30.2012.8.14.0301**

Assuntos: **Obrigações de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
INSTITUTO DE PREVIDENCIA E ASSISTENCIA DO MUNICIPIO DE BELEM (APELANTE)	
MARCIO LUIZ CARVALHO DO CARMO (APELADO)	
MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO PARA (AUTORIDADE)	

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
17062099	23/11/2023 11:15	Acórdão	Acórdão
16668525	23/11/2023 11:15	Relatório	Relatório
16668526	23/11/2023 11:15	Voto do Magistrado	Voto
16668528	23/11/2023 11:15	Ementa	Ementa

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0000243-30.2012.8.14.0301

APELANTE: INSTITUTO DE PREVIDENCIA E ASSISTENCIA DO MUNICIPIO DE BELEM

APELADO: MARCIO LUIZ CARVALHO DO CARMO

RELATOR(A): Desembargadora LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. SERVIDOR PÚBLICO INSCRITA NO PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE DO SERVIDOR – PABSS. PRESCRIÇÃO MÉDICA DEMONSTRANDO A NECESSIDADE DE EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO DE NEUROPATIA. 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 não provido.

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 2ª Vara de Fazenda de Belém, julgou procedente o pedido contido na inicial, confirmando os efeitos da liminar, para determinar que o requerido custeie o exame de ressonância magnética do autor, independentemente de financiamento.

Dos autos se extrai, que o apelado é servidor público municipal e segurado 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 é portador de problemas neurológicos, apresentando neuropatia facial esquerda e cefaleias constantes, sendo-lhe indicada a realização de tratamento cirúrgico. No entanto, como exame preliminar, necessita da realização do exame de ressonância magnética da coluna cervical e que, embora seja segurado do PABSS, até o presente momento, o plano de saúde vem se negando a autorizar o tratamento apropriado, vinculando a realização deste a contratos de financiamento. Assim, ajuizou a 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 6200811 – fls. 2).

Ao contestar (ID 6200815 – fls. 2/11), o IPAMB apontou em preliminar a carência da ação e a consequente 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 o paciente já está sendo atendida em suas necessidades. 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.

Réplica à Contestação apresentada em ID 6200816 – fls. 3/7.



Em sentença de mérito (ID 6200821 – fls. 2/14), 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 formulado, pelo que DETERMINO, ao Réu, a obrigação de custear o exame de ressonância magnética do Autor, independentemente de financiamento, ratificando, dessa forma, a antecipação da tutela concedida.

Condeno, ainda, o Réu ao pagamento de verbas e honorários advocatícios sucumbenciais, estes fixados em 10% sobre o valor da causa (art. 85, § 2º, do CPC).

Custas pelo Réu, isento na forma da lei.

Certificado o trânsito em julgado, arquivem-se com as cautelas de estilo, dispensado o reexame necessário nos termos do art. 496, § 3º, III, do CPC.

P.R.I.C.”

Irresignado, o IPAMB, em seu apelo (ID 6200833 – fls. 1/9), repete os argumentos trazidos em sede de contestação e postula o provimento do recurso de apelação, para quanto ao mérito, julgar improcedente a demanda, reconhecendo a legalidade da exigência do financiamento para fins de tratamento médico não coberto pela modalidade básica, eis que consiste em restrição estabelecida por lei que regulamenta plano de saúde fechado ofertado pelo IPAMB aos servidores municipais, bem como condenação da autora aos ônus da sucumbência.

O apelado apresentou contrarrazões (ID 6200838 – 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 7289937 – fls. 1/5).

É o relatório que submeto a julgamento em Plenário Virtual.

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, 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)”.
[1]*

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:

[1]

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

[1] - 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, 22/11/2023



Trata-se de recurso de apelação interposto pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM – IPAMB, contra sentença do Juízo da 2ª Vara de Fazenda de Belém, julgou procedente o pedido contido na inicial, confirmando os efeitos da liminar, para determinar que o requerido custeie o exame de ressonância magnética do autor, independentemente de financiamento.

Dos autos se extrai, que o apelado é servidor público municipal e segurado 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 é portador de problemas neurológicos, apresentando neuropatia facial esquerda e cefaleias constantes, sendo-lhe indicada a realização de tratamento cirúrgico. No entanto, como exame preliminar, necessita da realização do exame de ressonância magnética da coluna cervical e que, embora seja segurado do PABSS, até o presente momento, o plano de saúde vem se negando a autorizar o tratamento apropriado, vinculando a realização deste a contratos de financiamento. Assim, ajuizou a 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 6200811 – fls. 2).

Ao contestar (ID 6200815 – fls. 2/11), 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 o paciente já está sendo atendida em suas necessidades. 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.

Réplica à Contestação apresentada em ID 6200816 – fls. 3/7.

Em sentença de mérito (ID 6200821 – fls. 2/14), 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 formulado, pelo que DETERMINO, ao Réu, a obrigação de custear o exame de ressonância magnética do Autor, independentemente de financiamento, ratificando, dessa forma, a antecipação da tutela concedida.

Condeno, ainda, o Réu ao pagamento de verbas e honorários advocatícios sucumbenciais, estes fixados em 10% sobre o valor da causa (art. 85, § 2º, do CPC).

Custas pelo Réu, isento na forma da lei.

Certificado o trânsito em julgado, arquivem-se com as cautelas de estilo, dispensado o reexame



necessário nos termos do art. 496, § 3º, III, do CPC.

P.R.I.C.”

Irresignado, o IPAMB, em seu apelo (ID 6200833 – fls. 1/9), repete os argumentos trazidos em sede de contestação e postula o provimento do recurso de apelação, para quanto ao mérito, julgar improcedente a demanda, reconhecendo a legalidade da exigência do financiamento para fins de tratamento médico não coberto pela modalidade básica, eis que consiste em restrição estabelecida por lei que regulamenta plano de saúde fechado ofertado pelo IPAMB aos servidores municipais, bem como condenação da autora aos ônus da sucumbência.

O apelado apresentou contrarrazões (ID 6200838 – 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 7289937 – fls. 1/5).

É o relatório que submeto a julgamento em Plenário Virtual.



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-invalides, 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, 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 peritonial, 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



APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. SERVIDOR PÚBLICO INSCRITA NO PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE DO SERVIDOR – PABSS. PRESCRIÇÃO MÉDICA DEMONSTRANDO A NECESSIDADE DE EXAMES PARA INVESTIGAÇÃO DE NEUROPATIA. 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 não provido.

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

