



ACÓRDÃO Nº _____
5ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA – AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº
0000750-79.2016.8.14.0000
RELATORA: DESEMBARGADORA LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO.
AGRAVANTE: COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO UNIMED BELÉM
ADVOGADOS: JOSÉ MILTON DE LIMA SAMPAIO NETO e OUTROS
AGRAVADO: DECISÃO MONOCRÁTICA FLS. 165/167, DJe 5.900 de 29/01/16
AGRAVADO: RAIMUNDO CANDIDO DOS SANTOS
ADVOGADO: JORGE ANTONIO VIANA CARDOSO JUNIOR

EMENTA

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. SAÚDE. PACIENTE COM ENFERMIDADE NA COLUNA VERTEBRAL A QUEM INDICADA CIRURGIA PARA IMPLANTAÇÃO DE ÓRTESE DO TIPO CAGE XLIF E DEMAIS ACESSÓRIOS DE FIXAÇÃO. DEFERIMENTO DA TUTELA ANTECIPADA PARA OBRIGAR A OPERADORA COBRIR O PROCEDIMENTO. RECUSA À COBERTURA SOB O FUNDAMENTO DE QUE EXCLUÍDO O TRATAMENTO NÃO CONSTA DE LISTA PRÓPRIA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ABUSIVIDADE DA EXCLUSÃO. PROCEDIMENTO JUSTIFICADO NO RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO. DECISÃO MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO. UNANIMIDADE.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 5ª Câmara Cível Isolada do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade, NEGAR PROVIMENTO ao Agravo, nos termos do Voto da digna Relatora.

Sessão Ordinária. Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Desembargador Luiz Gonzaga da Costa Neto.

Representou o Parquet o Exmo. Procurador de Justiça Mário Nonato Falângola.

Belém/PA, 14 de julho de 2016.

DESA. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO
Relatora

RELATÓRIO

Trata-se de Agravo Regimental que será processado como Agravo interno em homenagem ao princípio da fungibilidade recursal, contra decisão monocrática proferida no Agravo de Instrumento que restou assim ementada:

PLANO DE SAÚDE AGRAVADO ACOMETIDO DE HÉRNIA DE DISCO. RECOMENDAÇÃO MÉDICA PARA COLOCAÇÃO DE ÓRTESE. MATERIAL INDISPENSÁVEL À REALIZAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO. NEGATIVA DE COBERTURA. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS QUE SERVE APENAS COMO ORIENTADOR QUE PREVÊ A COBERTURA MÍNIMA OBRIGATÓRIA. IMPOSSIBILIDADE DE NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTOS QUE, APESAR DE NÃO ELENCADOS, SÃO DE COBERTURA OBRIGATÓRIA ANTE A



**NATUREZA DO CONTRATO. JURISPRUDÊNCIA REITERADA DO STJ.
APLICAÇÃO DO ART.557 DO CPC. SEGUIMENTO NEGADO.**

Em apertada síntese o agravado teve diagnóstico de hérnia de disco com indicação cirúrgica pelo médico assistente, para implantação de órtese do tipo Cage XLIF e demais assessórios de fixação.

Requisitado a agravante a realização do procedimento, houve liberação apenas para a etapa de internação hospitalar, restando o fornecimento da órtese não autorizado por falta de cobertura no rol dos procedimentos minimamente invasivos.

Sobreveio a decisão do 1º grau concedendo liminar de antecipação de tutela e determinando a obrigação de fazer sob pena de multa. Ato contínuo, foi interposto o presente agravo de instrumento.

Alega a agravante que está cumprindo o contrato e não pode ser compelida a custear tratamento não contratado por falta de cobertura. Descreve ainda que a multa imposta não é razoável e pede a reforma da decisão haja vista a falta de comprovação da obrigatoriedade para o custeio do tratamento e por consequência a inexistência dos requisitos para a antecipação de tutela.

Neguei seguimento.

Agravo interno interposto tempestivamente ao argumento que o procedimento não está relacionado no rol da Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS conforme se apura do Anexo II da Resolução Normativa – RN 338.

Pede o pronunciamento colegiado para reforma da decisão monocrática a consequentemente provimento do agravo de instrumento.

É o essencial a relatar. Passo ao voto.

VOTO

Tempestivo mas não comporta provimento.

Conforme já me manifestei na decisão monocrática, o contrato firmado entre as partes não prevê a exclusão específica do tratamento indicado, sendo, por conta disso, injusta a recusa da ré, à luz do Código de Defesa do Consumidor.

Uma vez que o relatório médico foi categórico ao afirmar a necessidade da realização da cirurgia pela técnica e materiais ali indicados, mostra-se incontroversa a necessidade do paciente recorrido, mesmo porque, cabe ao médico especialista que assiste o paciente, avaliar e prescrever o tratamento e não à empresa prestadora de serviço de assistência médica, que não pode interferir na indicação feita pelo profissional da área médica.



Disse ainda:

A conduta da requerida é abusiva, por ser incompatível com a natureza do contrato. Assim, o rol de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar informa uma cobertura mínima, não excludente de outros procedimentos possíveis e modernos, uma vez que prática médica e a pesquisa não se obrigam aos demorados trâmites administrativos, que inevitavelmente tornam morosa a inclusão de novos procedimentos médicos no rol da ANS, razão pela qual não podem servir como justificativa para deixar descoberto o paciente, colocando em risco sua saúde.

Firmou o c. STJ que o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura.

Neste mesmo sentido, específico inclusive, colhe-se a seguinte jurisprudência do da c. Corte superior.

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. EXCLUSÃO OU LIMITAÇÃO DE COBERTURA. INCIDÊNCIA DO CDC. RECUSA INDEVIDA/INJUSTIFICADA. DANO MORAL CARACTERIZADO. SÚMULA 83/STJ. RECURSO IMPROVIDO.

1. O acórdão recorrido está em conformidade com o entendimento desta Corte no sentido de que a operadora pode limitar as doenças abarcadas pelo contrato, mas não o tratamento, a utilização de prótese ou procedimento escolhido pelo médico como o mais adequado à preservação da integridade física do paciente.
2. A recusa indevida da operadora de plano de saúde à cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, dá origem ao dever de reparar o dano moral in re ipsa, consistente no agravamento do estado de aflição e angústia do paciente. Precedentes da Terceira e da Quarta Turmas do STJ.
3. Agravo regimental improvido.

Caros Desembargadores, importante aqui frisar que outros Tribunais no país tem enfrentado essa matéria com bastante celeridade, sem descuidar da serenidade, se me permitem o trocadilho.

Tomo por exemplo o Tribunal de Justiça de São Paulo que editou súmula sobre o assunto, aqui exposta:

TJSP – Súmula 102 - Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS

Tenho o firme entendimento que tratando-se de exclusão de cobertura, ela não pode ser estatuída de modo residual. Ou seja, sob o raciocínio de que o que não está previsto está excluído.



Se a doença do autor está coberta, eventual procedimento cirúrgico necessário ao seu tratamento, para fins de exclusão, deveria vir expresso. Isto supondo não houvesse, mesmo assim, abusividade, afinal, não se vendem exclusões contratuais.

Oportuna advertência de Cláudia Lima Marques, no sentido de que, em contratos de plano de saúde, exclusões genéricas desequilibram o conteúdo do contrato de seguro-saúde, de planos de saúde e dos demais seguros relacionados à saúde.

Entendo que devemos referendar a reiterada jurisprudência do c. STJ, afinal, a exclusão pretendida pela agravante repercutiria em interpretação anacrônica do direito do consumidor, posto que imporia ao segurado a obrigação de desistir, por antecipação, dos avanços da medicina.

Por estas razões estou por ratificar a decisão inicial, bem dizer por **NEGAR PROVIMENTO** a este agravo interno.

É como voto.

Belém(PA), 14 de julho de 2016.

Desa. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO
Relatora