



Número: **0057904-30.2013.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO / REMESSA NECESSÁRIA**

Órgão julgador colegiado: **1ª Turma de Direito Público**

Órgão julgador: **Desembargadora EZILDA PASTANA MUTRAN**

Última distribuição : **14/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.407,59**

Processo referência: **0057904-30.2013.8.14.0301**

Assuntos: **Descontos Indevidos**

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)			
VANDERLEA SOUZA DA NOBREGA (APELADO)		SANDRA REGINA RODRIGUES DOS SANTOS (ADVOGADO)	
MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO PARÁ (TERCEIRO INTERESSADO)		MARIA DA CONCEICAO GOMES DE SOUZA (PROCURADOR)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23112 12	09/10/2019 12:57	Acórdão	Acórdão



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO / REMESSA NECESSÁRIA (1728) - 0057904-30.2013.8.14.0301

APELANTE: INSTITUTO DE PREVIDENCIA E ASSISTENCIA DO MUNICIPIO DE BELEM
REPRESENTANTE: PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO - PGM JUDICIAL

APELADO: VANDERLEA SOUZA DA NOBREGA

RELATOR(A): Desembargadora EZILDA PASTANA MUTRAN

EMENTA

REMESSA NECESSÁRIA E APELAÇÃO CÍVEL. PABSS. PLANO DE SAÚDE MUNICIPAL. EXIGENCIA DE FINANCIAMENTO DE MATERIAL MÉDICO. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. IMPOSSIBILIDADE. DIREITO À SAÚDE. ARTIGO 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. PLANO DE ASSISTÊNCIA PABSS ADMINISTRADO PELO IPAMB. EQUIPARAÇÃO AOS PLANOS PRIVADOS. APLICAÇÃO POR ANALOGIA DA LEI Nº 9.656/1998. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E DESPROVIDO. EM REMESSA NECESSÁRIA SENTENÇA CONFIRMADA. À UNANIMIDADE.

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 - É certo que a servidora pública já é beneficiária do plano de saúde municipal, e por consequência lógica já desembolsa as mensalidades do plano, não cabendo ao Município cobrar além das mesmas outras despesas médicas que onerem ainda mais a beneficiária do plano.

3 - A exigência de contribuições dos segurados para custeio do plano e a sua adesão facultativa fundamentam a equiparação do Plano de Assistência do IPAMB aos planos privados, aplicando-se por analogia, as disposições da Lei nº 9.656/1998 que impõe coberturas obrigatórias dos planos privados de assistência à saúde.

4 - RECURSO DE APELAÇÃO CONHECIDO E DESPROVIDO. EM REMESSA NECESSÁRIA SENTENÇA CONFIRMADA. À UNANIMIDADE



ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos.

ACORDAM os Exmos. Desembargadores que integram a Egrégia 1ª Turma de Direito Público do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade de votos, **CONHECER** e **NEGAR PROVIMENTO À APELAÇÃO. Em REMESSA NECESSÁRIA, confirmar integralmente a sentença**, nos termos do voto da Desembargadora Relatora.

Belém (PA), 30 de setembro de 2019.

Desembargadora **EZILDA PASTANA MUTRAN**

Relatora

RELATÓRIO

Trata-se de **REMESSA NECESSÁRIA** e **APELAÇÃO CÍVEL** interposta pelo **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM – IPAMB**, em face da sentença proferida pelo Juízo de Direito da 4ª Vara da Fazenda de Belém (Num. 1480300 - Pág. 1 a 14), que, nos autos da Ação de Obrigação de Fazer com pedido de Tutela Antecipada ajuizada por **VANDERLÉA SOUZA DE NÓBREGA**, que julgou procedente o pedido, determinando ao IPAMB a devolução dos valores indevidamente pagos pela Autora, mas limitando-se ao prazo prescricional de cinco anos anteriores ao ajuizamento da ação, acrescidos de juros moratórios, além da devida correção monetária e em honorários advocatícios, em virtude da sucumbência, no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado condenação.

A demandasse iniciou com a propositura de ação por parte de Vanderléa Nóbrega (Num. 1480297 - Pág. 4 a 12) aduzindo ser segurada do Plano de Assistência Básica de Saúde e Social (PABSS) gerido pelo IPAMB, na qualidade de servidora.



Informou que em 2013, necessitou realizar procedimento cirúrgico denominado CIRURGIA DE SINOVECTOMIA E CONDROPLASTIA, visto ser portadora de SINOVITE DE JOELHO ESQUERDO, CID M659, ocorre, todavia, que ao procurar o plano de saúde, tomou conhecimento que este não faria o procedimento por falta de cobertura contratual em relação ao material cirúrgico e ao exame de ressonância magnética sem contraste, fato que levou a autora a realizar dois financiamentos junto ao IPAMB, o primeiro no valor de R\$ 475,12, a ser descontado em seu contracheque em 10 parcelas de R\$ 47,51 cada; e o segundo no valor total de R\$ 2.932,47, em 24 parcelas de R\$ 122,19 cada.

Pontuou que, aderiu aos financiamentos ante a necessidade de realizar os procedimentos, mas por acreditar que a obrigação pelos custos do serviço médico é da autarquia municipal, na qualidade de gestor do plano de saúde, requereu a realização da cirurgia, com a suspensão dos descontos a título de financiamento e a devolução dos valores pagos.

Por fim, requereu o conhecimento e provimento da ação.

Juntou documentos.

Ao receber a inicial, o juízo de piso indeferiu o pedido liminar, ante a ausência de seus requisitos autorizadores. (Num. 1480298 - Pág. 1).

O IPAMB apesar de devidamente citado, não apresentou resposta no prazo legal, conforme certidão. (Num. 1480298 - Pág. 8), em seguida, o juízo, decretou a sua revelia. (Num. 1480298 - Pág. 9).

O Ministério Público de 1º grau, manifestou-se pela procedência da ação. (Num. 1480299 - Pág. 1 a 9).

Sobreveio sentença (Num. 1480300 - Pág. 1 a 14), julgando procedente a lide.

Inconformado, o **IPAMB** interpôs **recurso de apelação** (Num. 1480301 - Pág. 1 a 7), pugnando pela reforma da decisão, argumentando, acerca da constitucionalidade da Lei Municipal nº 7.984/99 e da legalidade da exclusão de tratamentos de plano solidário, não se confundindo com a universalidade do SUS e nem com as particularidades de um plano e/ou seguro privado de assistência à saúde, como o fez a sentença recorrida.

Por fim, requereu o provimento do recurso, com a reforma integral da sentença. Juntou documentos.



Apesar de devidamente intimada, a parte apelada não apresentou **contrarrazões** ao recurso no prazo legal. (Num. 1480304 - Pág. 9).

Encaminhados a esta Egrégia Corte de Justiça, coube-me a relatoria do feito por distribuição. Na ocasião, recebi o recurso em seu duplo efeito. (Num. 1563523 - Pág. 1).

Instada a se manifestar, a 5ª Procuradora de Justiça Cível, Dra. Maria da Conceição Gomes de Souza, apresentou parecer, manifestando-se pelo conhecimento do recurso e da remessa necessária, bem como pelo desprovimento do recurso, confirmando-se a sentença de primeiro grau. (Num. 1687833 - Pág. 1 a 5).

É o relatório.

VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, conheço da **REMESSA NECESSÁRIA E DO RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL** e passo a apreciá-los.

No caso concreto, verifica-se que a apelada é servidora pública municipal e é beneficiária do plano de assistência do IPAMB, ora apelante, sendo que, em decorrência de uma enfermidade, necessitou realizar procedimento cirúrgico, ocasião em que foi informada pelo plano de saúde que o procedimento não estava coberto.

Por conseguinte, considerando a urgência e a necessidade do procedimento, realizou dois financiamentos junto ao IPAMB, o primeiro no valor de R\$ 475,12, a ser descontado em seu contracheque em 10 parcelas de R\$ 47,51 cada; e o segundo no valor total de R\$ 2.932,47, em 24 parcelas de R\$ 122,19 cada, razão pela qual ingressou com a ação, alegando ser abusiva e ilegal a referida cobrança, pugnando pela restituição dos valores pagos no financiamento.



Conforme relatado, o pedido foi julgado procedente pela sentença de primeiro grau, determinando a devolução dos valores indevidamente pagos, com observância ao prazo prescricional, correção monetária e fixou a condenação em sucumbência recíproca das partes.

Feitas essas considerações, constata-se que o cerne recursal consiste em verificar a legalidade da cobrança complementar realizada pelo plano de saúde para a realização de procedimento cirúrgico pela servidora pública beneficiária do referido plano, uma vez que já efetuou os pagamentos regulares do plano.

Inicialmente, vale destacar o disposto nos artigos 196 e 197 ambos da Constituição Federal de 1988:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

Por oportuno, vale destacar a redação dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor:

“Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.”

Cumpre registrar ainda, no tocante a relação entre a operadora de plano de saúde e seus beneficiários, o previsto no artigo 47 Código de Defesa do Consumidor, que estabelece a interpretação das cláusulas contratuais mais favoráveis ao consumidor, senão vejamos:



“Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.”

Compulsando atentamente os autos, tendo em vista o livre convencimento motivado (art. 93, IX da CF/88), verifico que apesar do esforço do IPAMB argumentando sobre a possibilidade da cobrança dos materiais e exames para a cirurgia, ressalto que não posso concordar com tal prática, isto é, de obrigar a beneficiária do plano a pagar valores, mediante financiamento para fins de fornecimento do material cirúrgico quando precisou de submeter a cirurgia.

Desta forma, o contrato de plano de saúde tem o objetivo de assegurar o direito à saúde do servidor e seus dependentes, assim sendo, tal exigência não tem como se manter, pois, seria uma limitação arbitrária e materialmente inconstitucional, não merecendo prevalecer sobre a saúde, a vida e a dignidade do ser humano, princípios de índole constitucional.

Portanto, 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, tais materiais deveriam ser cobertos pelo plano em comento, sob pena de onerar ainda mais alguém que já está com saúde debilitada e com risco de morte, tanto que necessita de cirurgia, para tanto ajuizou a ação, por não ter meios de cobrir o financiamento que lhe exigiu a Municipalidade.

Ressalta-se que o plano de assistência médica administrado pelo IPAMB, ora apelante, conforme precedentes desta Corte, por tratar-se de plano de saúde em que os beneficiários são servidores públicos ativos e inativos com a adesão facultativa, desta forma, deve ser equiparado ao plano de saúde privado, logo os ditames da Lei nº 9.656/98 podem ser aplicáveis ao caso, senão vejamos:

“EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA. DIREITO À SAÚDE. INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARÁ. FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO. PARTE HUPOSSIFICIENTE. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

I- O IASEP é uma entidade dotada de personalidade jurídica de direito público, de natureza autárquica vinculada à Secretaria de Estado de Administração, se enquadrando portanto, no conceito de Fazenda Pública.

II- A expressão Fazenda Pública abrange os entes federativos e suas respectivas autarquias e fundações de direito público. III- A jurisprudência pátria vem entendendo que o Plano de Saúde dos Servidores Públicos se equipara aos serviços de plano de saúde privado, ainda que prestado por ente público IV- Recurso



conhecido e improvido. (2017.02026080-82, 175.057, Rel. ROSILEIDE MARIA DA COSTA CUNHA, Órgão Julgador 1ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO, Julgado em 2017-05-15, Publicado em 2017-05-19)

PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ Gabinete da Desa. Luzia Nadja Guimarães Nascimento PROCESSO Nº 0006764-16.2015.8.14.0000 5ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA AGRAVO DE INSTRUMENTO COMARCA: BELÉM AGRAVANTE: FRANCE TELMA DE JESUS HOLANDA ADVOGADO: RODRIGO CERQUEIRA DE MIRANDA (DEFENSOR) AGRAVADO: IPAMB - INTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM RELATOR: DESA. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO DECISÃO MONOCRÁTICA Recurso interposto contra decisão que negou a antecipação de tutela que visava a obrigação do custeio de tratamento de Neoplasia pelo Plano de Assistência à Saúde Social do IPAMB. Eis o cerne da decisão: (...) O Plano de Assistência Básica à Saúde e Social (PABSS), o qual a autora encontra-se filiada, é regulamentado no anexo Decreto Municipal nº 37522/2000, que estabelece: Art. 18. O Plano de Assistência à Saúde será desenvolvido na Modalidade Básica e na Modalidade complementar: I - Modalidade Básica: é a assistência médica - odontológica ambulatorial e hospitalar e Programas Preventivos cobertos pelo Plano, compreendendo: (...) II - Modalidade Complementar: É a assistência médica e odontológica que poderá ser viabilizar através a de financiamento ao segurado, quando ficar comprovada a necessidade de serviços médicos ou odontológicos, em modalidade não prevista nos serviços contemplados pelo PABSS (modalidade básica), compreendendo os seguintes procedimentos: (...) j) Quimioterapia; (...) X) Radioterapia; (...) Assim, não verifico a presença da verossimilhança das alegações, visto que os tratamentos de quimioterapia e de radioterapia não integram o plano básico de saúde, ao qual a autora é filiada. Ante o exposto, INDEFIRO A ANTECIPAÇÃO DA TUTELA. Essencialmente a agravante diagnosticada com neoplasia maligna no canal anal CID C21.0, ajuizou ação ordinária para obrigar o IPAMB, órgão gestor do PABSS, a cobertura do tratamento médico indicado em especial as sessões de quimioterapia e radioterapia, que segundo o regulamento do plano Decreto Municipal nº 37.522/2000 não estão previstos. Requereu liminar sob fundamento de inconstitucionalidade do art. 18, II do Decreto, e pediu que agravado fosse obrigado ao tratamento. Negada a antecipação nos termos acima, sobreveio o recurso, sob os fundamentos de que trata-se de plano de saúde portanto deve observar a Lei 9.656/98 bem como ao CDC. Argumenta que a jurisprudência sedimentou o entendimento que os planos de saúde não podem definir 2 formas de tratamento e sim doenças cobertas, e Decreto faz justamente o contrário, não definindo as doenças e limitando formas de tratamento. Aponta ainda que os limites ofendem a normatização da Agência Nacional de Saúde, e que impõe risco à vida. É o essencial a relatar. Examinei. Tempestivo e adequado vou conceder efeito suspensivo. Colho no portal do IPAMB, http://www.ipamb.net.br/guia_pabs, a seguinte apresentação do PABSS: O Plano de Assistência à Saúde Social é, na essência, muito mais que um grande plano de saúde. Grande porque atende 50 mil usuários entre servidores da ativa, dependentes, servidores inativos e pensionistas - o que o qualifica entre os maiores que atendem Belém. (...) Orgulhamo-nos por administrar um plano básico, mas que se veste de complementar na hora de salvar vidas. Nenhum usuário do plano deixa de ser socorrido na hora da necessidade, custe o que custar ao IPAMB. E na maioria das vezes é muito caro. (...). Somente estes argumentos já me convencem a tutela mas devo aprofundar por inclinação técnica. 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. 194a3 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, a4 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 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. **Tratando-se de adesão facultativa, tal circunstância equipara o PABSS do IPAMB aos planos privados. Postas estas 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 o custeio do tratamento prescrito nos autos pelo médico assistente da autora, ao menos em sede de cognição sumária. Assim exposto, recebo o agravo no regime de instrumento e defiro-lhe o efeito ativo requerido para determinar ao IPAMB que assegure o custeio do tratamento da segurada agravante nos termos prescritos pelo médico assistente.** Intime-se para o contraditório Colha-se a manifestação do Parquet. Retornem conclusos para julgamento. P.R. I.C. Belém, DESA. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO Relatora (TJ-PA - AI: 00067641620158140000 BELÉM, Relator: LUZIA NADJA GUIMARAES NASCIMENTO, Data de Julgamento: 22/05/2015, 5ª CAMARA CIVEL ISOLADA, Data de Publicação: 22/05/2015) (grifei)

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 fundando 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). (grifei)

Nesse sentido, cito a jurisprudência de outros tribunais em casos análogos, senão vejamos:

“EMENTA: Plano de saúde. Limitação de cobertura. Súmula 302 do STJ. Limitações constantes no contrato do plano de assistência à saúde ambulatorial/hospitalar constituem prática abusiva. Contrato de adesão que se submete às regras do CDC. Dano moral configurado e bem estabelecido em R\$ 7.500,00. Decisão mantida. Recursos não providos. (TJSP. 233799720108260008. Relator: João Pazine Neto, 3ª Câmara de Direito Privado, DJ: 15/02/2012).

EMENTA: EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO- PROCESSUAL CIVIL - TEMPESTIVIDADE RECURSAL - SUSPENSÃO DO PRAZO NACORTE A QUO COMPROVADA -RECURSO ESPECIAL TEMPESTIVO – EMBARGOS ACOLHIDOS, COM EFEITOS INFRINGENTES. AGRAVO DE INSTRUMENTO - DIREITO DO CONSUMIDOR - AÇÃO DE COBRANÇA -PLANO DE SAÚDE - LIMITAÇÃO DE TRATAMENTO PARA DOENÇA COBERTA PELO CONTRATO - IMPOSSIBILIDADE - ACÓRDÃO RECORRIDO EM DESACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE - ARTIGO 538, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CPC - INTUITO DE PREQUESTIONAMENTO - MULTA - AFASTAMENTO - RECURSO PROVIDO (ART. 544, § 3º, DO CPC). (STJ. 1198140/ES. Relator: Ministro MASSAMI UYEDA. Terceira Turma. DJe 19/08/2011).

Ademais, trago à baila outras decisões de nossos tribunais que vão no mesmo sentido:

“EMENTA: PROCESSO CIVIL E CONSUMIDOR. MONITÓRIA. DESPESAS HOSPITALARES. MATERIAL CIRÚRGICO. APENDICITE. ILEGITIMIDADE PASSIVA. REJEITADA. ATENDIMENTO EMERGENCIAL. RESPONSABILIDADE DO PLANO DE SAÚDE.

1. Verificando que a cobrança se encontra fundada em contrato firmado pelo réu, resta evidente sua legitimidade para figurar no polo passivo da demanda.
2. A análise dos limites e condições de cobertura do plano de saúde deve ser feita sob a luz do Código de Defesa do Consumidor, haja vista que o destinatário final dos serviços e responsável pelos custos da contratação é a pessoa física, beneficiária do plano. 3. Caracterizada a situação de emergência, com risco à



vida ou de lesões irreparáveis, torna-se obrigatória a cobertura, a qual deve compreender todos os procedimentos necessários ao afastamento da situação de risco. 4. Recurso da primeira apelante desprovido. Recurso da segunda apelante provido. (TJDFT. APC 20140111221133. 2ª Turma Cível. Relator: MARIO-ZAM BELMIRO. Julgado em 2 de Março de 2016)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE MATERIAL CIRÚRGICO. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.

1. Aplicação do CDC.
2. Necessidade de procedimento cirúrgico de urgência, sob pena de agravamento do quadro de saúde da parte autora. Negativa de fornecer os materiais solicitados pelo médico assistente.
3. É inaceitável a recusa da ré em autorizar o procedimento reclamado, sendo certo que, consoante entendimento consolidado, cabe ao médico a escolha do tratamento mais adequado a seu paciente. Esta é, inclusive, a orientação firmada por este E. Tribunal de Justiça no enunciado nº 24 do Aviso TJRJ nº 94/2010. Danos morais devidamente arbitrados.
4. Negado seguimento ao recurso. (TJRJ. APL 02711957820088190001. Vigésima Sétima Câmara Cível/Consumidor. Relatora: DES. TEREZA CRISTINA SOBRAL BITTENCOURT SAMPAIO. Julgado em 24 de Março de 2015)

Portanto, por se tratar de plano de saúde custeado pelos segurados e a sua adesão ser facultativa, logo pode ser aplicada, por analogia, as disposições da Lei nº 9.656/98, razão pela qual deve ser assegurada a garantia constitucional do direito à saúde aos seus segurados, configurando ser indevida a cobrança pelo plano de saúde de valores extras ou complementares, estando correta a sentença em seus fundamentos, quanto a devolução dos valores pagos pela segurada.

Com tais razões, acolho o parecer ministerial que veio a robustecer meu entendimento de que a sentença não merece reforma, como podemos verificar:

(...) Dessa forma, a conduta do Apelante acabou por negar ilegalmente a cobertura do plano de saúde ofertado e mensalmente adimplido pela servidora segurada, pelo que se demonstra arbitrária e ilegal.

Desse modo, verifica-se que não merece reparos a sentença que julgou procedente a ação, motivo pelo qual deve a decisão guerreada ser mantida em todos os seus termos.

3) CONCLUSÃO

Ante o exposto, está Procuradoria de Justiça, na condição de Fiscal da Ordem Jurídica, manifesta-se pelo CONHECIMENTO e DESPROVIMENTO do presente recurso de Apelação, devendo ser mantida in totum a sentença, respaldado na fundamentação ao norte.

É O PARECER.



Ante o exposto, **NA ESTEIRA DO PARECER MINISTERIAL, CONHEÇO DA APELAÇÃO CÍVEL e NEGO-LHE PROVIMENTO** para manter a sentença em sua integralidade, nos termos da fundamentação lançada. Em **REMESSA NECESSÁRIA, confirmo integralmente os termos da sentença de primeiro grau.**

É como voto.

P. R. I.

Servirá a presente decisão como mandado/ofício, nos termos da Portaria nº 3731/2015-GP.

Belém(PA), 30 de setembro de 2019.

Desembargadora **EZILDA PASTANA MUTRAN**

Relatora

Belém, 09/10/2019

