



Acórdão n.º

Apelação Cível n.º 0027681-94.2013.814.0301

Órgão Julgador: 1ª Turma de Direito Público

Comarca: Belém.

Apelante: Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém-IPAMB

Apelado: Mário Custódio da Mota

Relator (a): Des. Elvina Gemaque Taveira

**EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO. AÇÃO DE CANCELAMENTO DE CONFISSÃO DE DÍVIDA. FINANCIAMENTO DE CIRURGIA. PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM-PABSS. SEGURADO INTERNADO APRESENTANDO SÍNDROME CORONARIANA AGUDA, DIABETES DESCOMPENSADO E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. PROCEDIMENTO DE ANGIOPLASTIA CORONÁRIA COM DILATAÇÃO PRÉVIA E ANTICOAGULAÇÃO PLENA, PARA TRATAMENTO DO TROMBO. NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA. FINANCIAMENTO PARA CUSTEIO DO TRATAMENTO POR MEIO DE DESCONTO EM FOLHA. PACIENTE COM RISCO DE VIDA. NECESSIDADE DE COBERTURA TOTAL, SEM FINANCIAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. INTELIGÊNCIA DA ALÍNEA D DO INCISO I DO ART.18 DO DECRETO MUNICIPAL Nº 37.522/00 E ART.35-C, INCISO I E II DA LEI Nº 9.656/1998. DESCONTO EM FOLHA INDEVIDO. PRETENSÃO À FIXAÇÃO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS COM BASE NO CRITÉRIO EQUITATIVO. ACOLHIDO. SENTENÇA SOB À ÉGIDE DO CPC/73. APELAÇÃO CONHECIDA E PARCIALMENTE PROVIDA. REEXAME NECESSÁRIO CONHECIDO. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA PELOS MESMOS FUNDAMENTOS.**

1. O apelado foi internado no Hospital do Coração no dia 09/07/2012 para tratamento de Síndrome Coronariana Aguda, diabetes descompensado, hipertensão arterial sistêmica, tendo sido submetido à angioplastia coronária com dilatação prévia e anticoagulação plena, para tratamento do trombo.

2. Embora o apelado tenha firmado instrumento de confissão de dívida, o procedimento cirúrgico ao qual se submeteu enquadra-se em atendimento de emergência, uma vez que seu quadro clínico caracterizava risco de vida ao paciente, ante a Síndrome Coronariana Aguda, apresentando trombo. A necessidade imediata do tratamento fica evidenciada com a correlação das datas entre a internação e o financiamento, feito no dia seguinte à entrada do apelado no Hospital,



o que demonstra que a cirurgia não estava pré-agendada.

3. A jurisprudência deste Egrégio Tribunal é uníssona quanto à necessidade de cobertura total face a gravidade e urgência/emergência do estado de saúde da 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. Pretensão à fixação de honorários advocatícios com base no critério equitativo. Acolhida. Sentença proferida sob a égide do CPC/73. Aplicação do artigo 20, §4º do CPC/73. Arbitramento em R\$ 1.000,00(mil reais), para cada parte, ante ao reconhecimento da sucumbência recíproca. Suspensa a exigibilidade para o apelado, por ser beneficiário da gratuidade.

5. Apelação do Município conhecida e parcialmente provida.

6. Reexame Necessário conhecido. Sentença parcialmente reformada pelos mesmos.

7. À unanimidade.

### ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Público, à unanimidade, em conhecer e dar parcial provimento à apelação e em conhecer do Reexame Necessário, reformando parcialmente a sentença, nos termos do voto da eminente Desembargadora Relatora.

43ª Sessão Ordinária – 1ª Turma de Direito Público, Tribunal de Justiça do Estado do Pará, aos 02 de dezembro de 2019. Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Desembargador Roberto Gonçalves de Moura.

ELVINA GEMAQUE TAVEIRA  
Desembargadora relatora

### RELATÓRIO



Tratam-se de Reexame Necessário e de Apelação Cível interposta pelo INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM-IPAMB contra MÁRIO CUSTÓDIO DA MOTA, nos autos da Ação de Cancelamento de Confissão de Dívida c/c Pedido de Indenização por Danos Morais (processo nº 0027681-94.2013.814.0301), ajuizada pelo apelado.

A sentença recorrida teve a seguinte conclusão (fls.74/76):

Diante de todo o exposto, com fundamento no art. 269, I do CPC, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido formulado, pelo que DETERMINO ao IPAMB a suspensão imediata dos descontos e declaro nulos os planos de financiamento realizados entre as partes.

No mais, ante a nulidade dos referidos planos de financiamento, DETERMINO a devolução dos valores indevidamente cobrados, limitando-se ao prazo de cinco anos anteriores ao ajuizamento da ação, acrescidos de juros moratórios, além da devida correção monetária, ambos com base na regra do art. 1º-F da Lei 9.494/97.

Sem custas e despesas processuais pelo réu, como de lei.

Sem custas pela parte autora, tendo em vista que é beneficiária da gratuidade da justiça.

Honorários advocatícios por ambas as partes, haja vista a sucumbência recíproca, que fixo em 10% sobre o valor atualizado da condenação, estando tal obrigação suspensa à parte Autora em virtude de gozar da gratuidade da justiça.

Estando a decisão sujeita ao reexame necessário, escoado o prazo recursal, remetam-se os autos à Superior Instância com as devidas cautelas.

Publique-se. Registre-se. Intime-se. Cumpra-se.

Belém, 22 de fevereiro de 2016.

Em razões recursais (fls.78/89), defendendo a constitucionalidade da contribuição para custeio do plano de saúde. Aduz que o PABSS se desenvolve na modalidade Básica e na Complementar, sendo o Decreto nº 37.5220/2000 responsável por dispor sobre financiamento aos segurados para situações não contempladas na Modalidade Básica.

Assevera que o PABSS é custeado mensalmente pelo recolhimento de contribuições mensais pagas pelo Poder Executivo no patamar de 2%, incidente sobre a folha de pagamento da Prefeitura Municipal de Belém e por 4% descontados sobre remuneração do servidor/segurado, alegando que as limitações financeiras impossibilitam atender o segurado de forma diversa da prevista em lei.

Sustenta que o atendimento gratuito, sem o financiamento e custeio a cargo do segurado sacrificaria o atendimento de aproximadamente 50.000 usuários do PABSS, que recebem os mesmos serviços, tanto na Modalidade Básica quanto na Complementar e em atenção ao princípio do equilíbrio financeiro e atuarial, o tratamento requerido



não possuiria cobertura pelo PABSS, a não ser pelo financiamento.

Discorre que a criação da Lei nº 7.984/1999 foi fruto de um acordo realizado em assembleia geral com servidores municipais, sendo a contribuição para o PABSS legítima e indispensável a manutenção de um plano de saúde que beneficie milhares de servidores públicos e seus dependentes, suscitando violação ao princípio da separação dos poderes, da reserva do possível e da supremacia do interesse público. De forma subsidiária, insurge-se quando aos honorários advocatícios fixados em sentença, alegando que não foram arbitrados segundo o critério equitativo.

Requer o provimento da apelação para que seja julgada improcedente a ação.

Em contrarrazões (fls.93/96) o apelado pugnou pela manutenção da sentença;

O Ministério Público, na qualidade de fiscal da ordem jurídica, manifestou-se provimento da apelação.

Coube-me a relatoria do feito por redistribuição, em razão da Emenda Regimental nº 05.

É o relato do essencial.

## VOTO

### 1. DA APELAÇÃO

Presentes os requisitos de admissibilidade, conheço da apelação, passando a apreciá-lo.

#### 1.1 DA OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A questão em análise consiste em verificar se assiste razão ao apelante quanto à alegação de que o Plano de Assistência Básica do Município de Belém-PABSS não possui a obrigatoriedade de cobertura do tratamento do apelado e, por conseguinte, se a sentença que determinou a sustação dos descontos para financiamento desse tratamento merece reparo nesse aspecto.

No caso em análise o apelado é segurado do PABSS, plano de saúde que oferta assistência médica, hospitalar e ambulatorial na



modalidade básica e complementar, sendo que esta última se viabiliza através de financiamento firmado entre o segurado e o IPAMB, conforme previsão do Decreto Municipal nº 37.522/00, que regulamenta a Lei Municipal nº 7.984/99. Senão vejamos:

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:

- a) Consultas médicas nas especialidades de angiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica reparadora, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, ginecologia, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, obstetrícia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, psiquiatria, reumatologia, traumatologia, urologia. A cirurgia plástica reparadora terá cobertura quando objetivar a restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais que é o evento exclusivo, diretamente externo, súbito, involuntário, causador de lesão física;
- b) Consultas especializadas multiprofissionais: médica, odontológica, psicológica, de enfermagem e terapia ocupacional;
- c) Pequenos procedimentos ambulatoriais como: nebulização, imobilização, infiltração, aplicação de injetáveis, exérese de lesões, suturas, cauterizações;
- d) Atendimentos médico de urgência;
- e) Internação em serviços credenciados sendo assegurados os seguintes serviços hospitalares: assistência médica; medicamentos prescritos pelo médico assistente; alimentação dietética; serviço de enfermagem; diárias de enfermaria e/ou UTI, taxas de internação e de sala; material de sala; exames complementares especializados para diagnósticos (dentro de quota pré-estabelecida), controle de tratamento e evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos; anestésicos; oxigenoterapia e hemoterapia;
- f) Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, exclusivamente, quando solicitados por profissionais médicos e odontólogos de serviços próprios ou credenciados: análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos, exceto necropsia; eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional; endoscopia, espirometria; exames radiológicos, exames e testes oftalmológicos, exames e testes otorrinolaringológicos, teste ergométrico, ultra-sonografia, hemodiálise, em casos agudos; eletroneuromiografia; ecocardiograma; tomografia computadorizada; MAPA; teste de Holter; fisioterapia, fonoterapia, exclusivamente quando indicado pelo Programa Saúde do Trabalhador; mapeamento cerebral;
- g) Atendimento odontológico em : diagnóstico (exame clínico e plano de tratamento, urgências, exame quantitativo do fluxo salivar); prevenção (profilaxia oral, orientação de higiene oral, aplicação de flúor, tartarotomia); odontopediatria aplicação de selantes, restauração em ionômero de vidro, capeamento pulpar em decíduos, condicionamento em odontopediatria, exodontia de decíduos); dentística ( restauração em amálgama, restauração em resina); composta, restauração em ionômero de vidro, capeamento pulpar; cirurgia oral maior e menor, exceto para implantodontia e ortognática;
- h) Exames radiológicos em odontologia: radiografias periapicais, radiografias interproximais, radiografias oclusais, radiografias panorâmicas, radiografias da ATM em 3 incidências;
- i) Programas de Saúde Preventiva;



j) Programa Saúde do Trabalhador para servidores municipais da ativa, compreendendo exames periódicos, ocupacionais, avaliação para mudança de função, reabilitação profissional, atendimento multiprofissional, atividades educativas visando a superação de riscos, prevenção de doenças do trabalho, mapeamento das situações de risco no ambiente de trabalho, vacinação contra doenças preveníveis.

k) Remoção de pacientes, exclusivamente, do IPAMB aos credenciados e entre estes.

II - Modalidade Complementar: É a assistência médica e odontológica que poderá ser viabilizada através 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:

- a) Medicamentos;
- b) Órteses e Próteses de qualquer natureza: marcapasso, lente intra-ocular, válvulas, etc.
- c) Tratamento fonoaudiológico, exceto os indicados pelo Programa Saúde do Trabalhador;
- d) Exames e testes alérgicos;
- e) Exames complementares especiais: ressonância magnética, documentação ortodôntica e outros não incluídos na modalidade básica;
- f) Odontopediatria e ortodontia;
- g) Periodontia;
- h) Endodontia;
- i) Mamoplastia quando a hipertrofia mamária repercutir sobre a coluna vertebral;
- j) Quimioterapia;
- k) Exames complementares acima da quota pré-estabelecida;

Por meio do Laudo de fls.17 verifica-se que o apelado foi internado no Hospital do Coração no dia 09/07/2012 para tratamento de Síndrome Coronariana Aguda, diabetes descompensado e hipertensão arterial sistêmica, tendo sido submetido à angioplastia coronária com dilatação prévia e anticoagulação plena, para tratamento do trombo. Recebeu alta no dia 10/08/2012.

Consta ainda dos autos, que no dia 10.07.2010, data subsequente a sua internação, sua esposa, na qualidade de responsável, aderiu ao plano de financiamento para cobertura de material cirúrgico(01 stent coronário, eluidor; 01 Sirolimus Cypher - 2,5X18; 01 farmacológico; 01 balão fire star pós dilatação, no valor total de R\$ 28.948,51(fl.18).

Embora a responsável tenha firmado instrumento de confissão de dívida em nome do apelado, o procedimento cirúrgico ao qual o segurado se submeteu se enquadra em atendimento de emergência, uma vez que seu quadro clínico caracterizava risco de vida ao paciente, ante à Síndrome Coronariana Aguda, apresentando trombo. A necessidade imediata do tratamento fica evidenciada com a correlação das datas entre a internação e o financiamento, feito no dia



seguinte à entrada do apelado no Hospital, o que demonstra que a cirurgia não estava pré-agendada.

Diante disso, em que pese o apelante afirmar que o tratamento do apelado não está contemplado a na Modalidade Básica de Assistência, a jurisprudência deste Egrégio Tribunal é uníssona quanto à necessidade de cobertura total face a gravidade e urgência/emergência do estado de saúde do paciente, ante a disposição contida na alínea d do inciso I do art.18 da do Decreto Municipal nº 37.522/00

Nesse sentido, colaciono os precedentes desta Corte em casos análogos:

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU SEGUIMENTO AO RECURSO. PABSS. PLANO DE SAÚDE MUNICIPAL. EXIGENCIA DE FINANCIAMENTO DE MATERIAL MÉDICO. IMPOSSIBILIDADE. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (2017.02015694-06, 175.048, Rel. EZILDA PASTANA MUTRAN, 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 2ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO - APELAÇÃO CÍVEL Nº 0018464-61.2012.8.14.0301 RELATORA: DESEMBARGADORA LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO APELANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM - IPAMB PROCURADOR MUNICIPAL: MARCELO AUGUSTO TEIXEIRA DE BRITO NOBRE APELADO: EMÍLIO DA CONCEIÇÃO DO ESPÍRITO SANTO DEFENSORA PÚBLICA: ADRIANA MARTINS JORGE JOÃO PROCURADORA DE JUSTIÇA: MARIA DA CONCEIÇÃO DE MATTOS SOUSA DECISÃO MONOCRÁTICA APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. SERVIDOR/PENSIONISTA DO IPAMB INSCRITO NO PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE DO SERVIDOR - PABSS. NEOPLASIA MALIGNA DE PULMÃO. PREVISÃO DE PAGAMENTO DO FINANCIAMENTO ATRAVÉS DE DESCONTO EM FOLHA. SENTENÇA CONDENATÓRIA PARA OBRIGAR A AUTARQUIA A COBERTURA DO TRATAMENTO. APELAÇÃO CONHECIDA E IMPROVIDA. SENTENÇA MANTIDA EM REEXAME. (...) Tratando-se de plano de assistência de adesão facultativa, tal circunstância equipara o PABSS do IPAMB aos planos de saúde 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 ao apelado o tratamento necessário ao restabelecimento de sua saúde, sem qualquer custo adicional, sendo indevida qualquer cobrança adicional pelo IPAMB, inclusive sob a forma de financiamento. Assim, não obstante o cancelamento da Súmula 469 pelo STJ, com a consequente edição da Súmula 608 pelo Superior Tribunal - que dispõe sobre a inaplicabilidade do CDC aos planos de autogestão, como o PABSS -, consigno que a aplicação do que dispunha a Súmula cancelada deve ser mantida no presente caso. Cumpre ressaltar que a Súmula 469 do STJ era vigente quando do ajuizamento da ação, tendo sido inclusive utilizada para embasá-la, foi considerada pelo Magistrado na sentença, bem como vigia ao tempo em que interposto o presente recurso, de modo que desconsiderá-la nesse momento acarretaria em grave insegurança jurídica ao autor, mormente se considerarmos a gravidade do quadro que o levou a pleitear a tutela jurisdicional. Nesse sentido, também cumpre



observar a disposição do artigo 24, parágrafo único, da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro - LINDB, com redação dada pela Lei nº 13.655 de 2018: Art. 24. A revisão, nas esferas administrativa, controladora ou judicial, quanto à validade de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa cuja produção já se houver completado levará em conta as orientações gerais da época, sendo vedado que, com base em mudança posterior de orientação geral, se declarem inválidas situações plenamente constituídas. Parágrafo único. Consideram-se orientações gerais as interpretações e especificações contidas em atos públicos de caráter geral ou em jurisprudência judicial ou administrativa majoritária, e ainda as adotadas por prática administrativa reiterada e de amplo conhecimento público. Neste diapasão, 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. Assim exposto, com supedâneo na Súmula 469 do STJ, e no artigo 24, parágrafo único, da LINDB, NEGOU PROVIMENTO ao recurso mantendo inalterada a sentença, nos termos da fundamentação. Após o trânsito em julgado da presente decisão proceda-se a baixa do processo no sistema Libra 2G e posterior remessa ao Juízo de origem. Publique-se. Intime-se. Belém, DESA. LUZIA NADJA GUIMARÃES NASCIMENTO Relatora Página de 5 (TJPA.2019.01478536-18, Não Informado, Rel. LUZIA NADJA GUIMARAES NASCIMENTO, Órgão Julgador 2ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO, Julgado em 2019-04-22, publicado em 2019-04-22)

APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME. AÇÃO CIVIL PÚBLICA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. INTERESSE INDIVIDUAL-SOCIAL INDISPONÍVEL. PABSS. PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE E SOCIAL. CONCESSÃO DE TRATAMENTO MÉDICO QUIMIOTERÁPICO. ALEGAÇÃO DE QUE O TRATAMENTO PLEITEADO NÃO É ABRANGIDO PELA MODALIDADE BÁSICA DO PLANO DE SAÚDE. AFASTADA. TRATAMENTO INDISPENSÁVEL A SAÚDE. DIREITO CONSTITUCIONAL. ART. 196 DA CF/88. DA CONDENAÇÃO DE RESTITUIÇÃO DOS VALORES DESCONTADOS. CONDENAÇÃO EXTRA PETITA. APELAÇÃO CONHECIDA E DESPROVIDA. EM REEXAME NECESSÁRIO SENTENÇA ALTERADA. I ? Apelação que versa sobre decisão do juízo de 1º grau que condenou o Réu ora Apelante a obrigação de custear o tratamento quimioterápico, independente de financiamento, afim de garantir seu direito à vida. II ? Com a vigência da Lei nº 9.656/98, não há possibilidade de se negar a cobertura de tratamento quimioterápico e radioterápico, pois a quimioterapia está compreendida dentre as exigências mínimas do plano referencial instituído pelo seu art. 10, tendo em vista que o art. 12, II, d do mesmo diploma em comento estabelece que não poderão ser excluídos da cobertura as sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente. III ? A alegação do Apelante quando da não cobertura do tratamento na modalidade básica, não poderia ter sido invocada como escusa para concessão do tratamento indicado à Apelada, em decorrência da gravidade da doença que possuía, que por si só justifica, o custeio do tratamento por parte da Agravante, na medida em que comprovada a urgência e de obrigatória cobertura pelo plano. IV- Os dispositivos constitucionais da Carta Magna que impõe a garantia do direito à vida e à saúde integral não são programáticos. Ao contrário, devem ser prontamente cumpridos, por estarem intimamente relacionados aos direitos e garantias individuais do ser humano. A jurisprudência pátria tem afirmado sobre a obrigatoriedade das autarquias em prestar atendimento médico aos usuários (servidores) dos seus respectivos planos de saúde, diante de um gravoso quadro de saúde dos mesmos. Tal direito deve ser garantido de pronto, no sentido de viabilizar o acesso dos usuários do plano à assistência médica e



material necessários ao restabelecimento de suas saúdes, não podendo o Instituto se esquivar de prestar os serviços adequados. V - O Juízo a quo condenou o réu ao pagamento dos valores descontados do autor a título de contribuição para o PABSS. Observo, porém, que a referida condenação não faz parte do pedido inicial. Com efeito, o limite da sentença é o pedido, com a sua fundamentação. No caso, o juízo de piso afastou-se desse limite, pelo que resta caracterizada a sentenças extra petita, vício que acarreta a nulidade do ato decisório. Nesse contexto, deve ser excluída da sentença a condenação do réu ao ressarcimento dos valores descontados. VI - Com intuito de arbitrar honorários advocatícios com a devida equanimidade e proporcionalidade exigidas pela lei processual, entendo que estes devem ser arbitrados no montante de R\$ 500,00 (quinhentos reais), haja vista o grau de complexidade da causa e tema reincidente neste Tribunal. VII - Ante o exposto e na esteira do parecer ministerial, conheço do recurso de apelação interposto e nego provimento, e em sede de reexame necessário, altero a sentença, para decotar a condenação do réu à restituição dos valores descontados a título de contribuição para o PABSS, por caracterizar julgamento extra-petita, nos termos da fundamentação. (TJPA. 2018.04559647-58, 197.807, Rel. ROSILEIDE MARIA DA COSTA CUNHA, Órgão Julgador 2ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA, Julgado em 2018-11-05, Publicado em Não Informado(a)).

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA. INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM. TRATAMENTO DE DIABETES, HEMODIÁLISE E QUIMIOTERÁPICO. COBRANÇAS REALIZADAS PELO HOSPITAL. NECESSIDADE DE FINANCIAMENTO JUNTO AO IPAMB PARA ASSEGURAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO. RISCO DE VIDA. DEVER DA AUTARQUIA EM FORNECER O TRATAMENTO ADEQUADO. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. COBERTURA DE ATENDIMENTO OBRIGATÓRIA. TUTELA ANTECIPADA. REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO. O DIREITO A SAÚDE É ASSEGURADO A TODO CIDADÃO, POR FORÇA DO ART. 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. PREDEDENTE. RECURSO CONHECIDO É IMPROVIDO.

(TJPA. 2014.04531595-20, 133.155, Rel. CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO, Órgão Julgador 5ª CAMARA CIVEL ISOLADA, Julgado em 2014-05-08, Publicado em 2014-05-09).

O art.35-C, inciso I e II da Lei nº 9.656/1998 estabelece a obrigatoriedade de cobertura do atendimento de urgência e de emergência, sendo que o inciso II do § 1º do mencionado dispositivo estende essa obrigação às pessoas jurídicas constituídas sob à modalidade de entidade de autogestão, como é o caso dos autos. 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;

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

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:



I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

Diante disso, reputo indevidos os descontos efetuados no contracheque do apelado para financiamento da cirurgia, devendo permanecer inalterada a sentença nesse aspecto.

## 1.2 DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Quanto aos honorários advocatícios, observa-se que foram fixados em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação. Contudo, considerando que a sentença, ainda, será objeto de liquidação, resta inviável a fixação da sucumbência sobre a quantia incerta e não definida.

Sobre o tema, colaciona-se jurisprudência pátria:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL EM APELAÇÃO CÍVEL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. SENTENÇA ILÍQUIDA. CONDENAÇÃO EM DESFAVOR DA FAZENDA PÚBLICA. APLICABILIDADE DO ART. 20, § 4º DO CPC. JUÍZO DE EQUIDADE. VERBA HONORÁRIA ALTERADA DE 10% SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO PARA R\$ 1.500,00. AGRAVO CONHECIDO E IMPROVIDO. 1. Nas causas em que for vencida a Fazenda Pública, os honorários advocatícios devem ser fixados de forma equitativa, nos termos prescritos pelo art. 20, § 4º do CPC, observando o grau de zelo do profissional; o lugar de prestação do serviço; a natureza e importância da causa, o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço. 2. Tendo em vista que a parte sucumbente é a fazenda pública, bem como a iliquidez da sentença, não há como se fixar a condenação em percentual sobre a condenação. 3. Levando-se em consideração os critérios delineados pela legislação aplicável à matéria, as peculiaridades do caso em concreto e ainda em consonância com a jurisprudência desta Corte, deve ser mantida a condenação em honorários advocatícios no valor de R\$ 1.500,00. 4. Agravo regimental conhecido e não provido. ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos os presentes autos de Agravo Regimental nº 0749411-29.2000.8.06.0001/50000, em que figuram as partes acima indicadas. ACORDA a 8ª Câmara Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por unanimidade, em conhecer e negar provimento ao recurso, de acordo com o voto do relator. (TJ-CE - AGV: 07494112920008060001 CE 0749411-29.2000.8.06.0001, Relator: RAIMUNDO NONATO SILVA SANTOS, 8ª Câmara Cível, Data de Publicação: 15/12/2015). (grifos nossos).

Neste sentido, se posicionou este Egrégio Tribunal de Justiça:



APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA- SENTENÇA ILÍQUIDA - REEXAME NECESSÁRIO. PREJUDICIAL PRESCRIÇÃO BIENAL. ADICIONAL DE INTERIORIZAÇÃO E GRATIFICAÇÃO DE LOCALIDADE ESPECIAL - NATUREZAS DIVERSAS - CUMULAÇÃO. POSSIBILIDADE. DIREITO RECONHECIDO. SÚMULA Nº 21 DO TJPA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBÊNCIA RECÍPROCA. NÃO CONFIGURADA. ARBITRAMENTO - ARTIGO 20, §4º DO CPC. 1 - O prazo prescricional é o quinquenal disposto no Decreto nº 20.910/32, tendo em vista que se trata de ação contra a Fazenda Pública. Prejudicial rejeitada. 2- A percepção cumulativa do adicional de interiorização e da gratificação de localidade especial já está sedimentada neste Tribunal de Justiça, conforme se vê na Súmula nº 21; 3- O servidor militar que preste serviço no interior do Estado do Pará, tem direito a receber o adicional de interiorização na proporção de 50% (cinquenta por cento) do respectivo soldo, nos termos da Lei estadual nº 5.652/91. O apelado é policial militar na ativa lotado no interior, fazendo jus ao recebimento do adicional de interiorização; 4- Tendo sido reconhecido o pedido principal deve o requerido/apelante arcar com os honorários advocatícios. 5- Impossibilitado o conhecimento do valor da condenação para fins de cálculo do percentual no qual foi condenado o Estado do Pará (10%), a título de honorários advocatícios sucumbenciais, afigura-se justo o arbitramento no valor de R\$1.000,00 (mil reais), conforme julgados perante esta Câmara; 6- Reexame Necessário e recurso voluntário conhecidos. Apelação parcialmente provida. Em reexame necessário, sentença parcialmente reformada. (2016.03996273-53, 165.455, Rel. CELIA REGINA DE LIMA PINHEIRO, Órgão Julgador 2ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA, Julgado em 2016-09-19, Publicado em 2016-10-03). (grifos nossos).

Deste modo, na forma do artigo 20, §4º do CPC/73, nas causas em que for vencida a Fazenda Pública, os honorários advocatícios são fixados de acordo com a apreciação equitativa do juiz, observados o grau de zelo do profissional, o lugar da prestação do serviço, a natureza e a importância da causa, o trabalho realizado e o tempo exigido para o serviço.

Considerando tais parâmetros, arbitro os honorários sucumbenciais no valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) para cada uma das partes, diante da sucumbência recíproca, restando suspensa a exigibilidade para o apelado.

## 2. DO REEXAME NECESSÁRIO

Conheço do Reexame Necessário e, ao fazê-lo, verifico que a sentença merece parcial reforma apenas no que diz respeito aos honorários advocatícios, pelos mesmos fundamentos apreciados no apelo.

## 3. DO DISPOSITIVO

Ante o exposto, CONHEÇO DA APELAÇÃO DO MUNICÍPIO, DANDO-LHE PARCIAL PROVIMENTO, para fixar honorários advocatícios com base no critério equitativo, bem como, CONHEÇO DO REEXAME NECESSÁRIO, REFORMANDO PARCIALMENTE A SENTENÇA, pelos mesmos fundamentos.



É o meu voto.

P.R.I.

Belém (PA), 02 de dezembro de 2019.

ELVINA GEMAQUE TAVEIRA  
Desembargadora Relatora