



Número: **0019218-32.2014.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

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

Órgão julgador: **Desembargadora DIRACY NUNES ALVES**

Última distribuição : **10/03/2021**

Valor da causa: **R\$ 479,78**

Processo referência: **0019218-32.2014.8.14.0301**

Assuntos: **Assistência à Saúde**

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)	
CATIA BRELAZ SILVA (APELADO)	
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	JORGE DE MENDONCA ROCHA (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
6871312	27/10/2021 16:46	Acórdão	Acórdão
6732098	27/10/2021 16:46	Relatório	Relatório
6732101	27/10/2021 16:46	Voto do Magistrado	Voto
6732104	27/10/2021 16:46	Ementa	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0019218-32.2014.8.14.0301

APELANTE: INSTITUTO DE PREVIDENCIA E ASSISTENCIA DO MUNICIPIO DE BELEM

APELADO: CATIA BRELAZ SILVA

RELATOR(A): Desembargadora DIRACY NUNES ALVES

EMENTA

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. IPAMB. NEGATIVA DE COBERTURA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA EM SEGURADO COM FORTES DORES EM SUA COLUNA LOMBAR. ABUSIVIDADE. APLICAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO. PRECEDENTES DO STJ. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1. A avaliação acerca da abusividade da conduta da entidade de autogestão ao negar cobertura ao tratamento prescrito pelo médico do usuário atrai a incidência do disposto no art. 423 do Código Civil, pois as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente.
2. Quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário.
3. O médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta. Precedentes.
4. Esse entendimento decorre da própria natureza do Plano Privado de Assistência à Saúde e tem amparo no princípio geral da boa-fé que rege as relações em âmbito privado, pois nenhuma das partes está autorizada a eximir-se de sua respectiva obrigação para frustrar a própria finalidade que deu origem ao vínculo contratual.

Vistos, relatados e discutidos os autos, em que são partes as acima indicadas, acordam os desembargadores que integram a 2ª Turma de Direito Público do TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ, por unanimidade, a turma conheceu e negou-lhe provimento, nos termos do



voto da relatora.

PLENÁRIO DA 2ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO, TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ, AOS 23 DIAS DE SETEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E VINTE E UM (2021).

Desembargadora **DIRACY NUNES ALVES**

Relatora.

RELATÓRIO

PROCESSO N. 0019218-32.2014.8.14.0301.

AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL.

2ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO.

AGRAVANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM.

PROCURADOR MUNICIPAL: EDUARDO AUGUSTO DA COSTA BRITO – OAB/PA 12.426.

AGRAVADA: DECISÃO MONOCRÁTICA DE ID. 5149326.

AGRAVADA: CATIA BRELAZ SILVA.

DEFENSOR PÚBLICO: ALCIDES ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA.

PROCURADOR DE JUSTIÇA: JORGE MENDONÇA ROCHA.

RELATORA: DESEMBARGADORA DIRACY NUNES ALVES.

RELATORIO

Trata-se de **AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL** interposto por **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM**, inconformado com a Decisão Monocrática de minha lavra que conheceu e negou provimento ao seu recurso de Apelação.

Em suas razões recursais, após historiar o feito, ratificou os termos de suas razões recursais já apresentados, requerendo o encaminhamento à Apelação para julgamento junto à 2a. Turma de Direito Público do Tribunal de Justiça do ESTADO DO PARÁ.

Aduz que há equívoco na decisão, porque “mesmo reconhecendo que a causa de pedir é o financiamento de exame de ressonância magnética, todo o seu fundamento decisório está sob a equivocada premissa de que não seria lícito ao PABSS fixar um limite de sessões de hemodiálise”, que são procedimentos completamente distintos, porque se trata de exame não coberto pelo plano básico. Que o financiamento é perfeitamente lícito, pois “é previsto como uma modalidade de coparticipação no custeio de serviços que, normalmente, não estão cobertos pela mensalidade que é paga pelo usuário do plano. A administração, ao deferir a realização de financiamento para arcar com procedimento específico age no estrito cumprimento do que está



estabelecido nas normas municipais que regem a prestação de tal serviço”. Que por se tratar de um plano de saúde de autogestão, não cabe a aplicação do CDC ao caso. Portanto, entende que “se houve a cobrança de financiamento porque o Demandante teve que realizar tratamento não coberto pela modalidade básica, percebe-se que nenhum dos pedidos deve ser acolhido, na medida em que o réu, apenas, agiu no estrito cumprimento de obrigação prevista em lei, razão pela qual não há porque cessar os descontos, nem tampouco determinar a devolução”.

Em sede de contrarrazões, a agravada pugna pela manutenção do julgado.

É o relatório.

VOTO

VOTO.

Conheço do recurso porque preenchidos os requisitos de admissibilidade.

Esclareço que apesar das razões do Agravo Interno serem exatamente as mesmas das razões da Apelação.

O presente feito trata de situação em que a apelada, servidora da Prefeitura Municipal de Belém e segurada do PABSS do IPAMB, precisou realizar exame de Ressonância Magnética da Coluna Lombar, no dia 04/06/2013, e nessa ocasião foi solicitado e cobrado o valor do procedimento, conforme Termo de Compromisso PF/SF n. 612/2013, já que o plano de saúde da apelada não tem cobertura para o referido exame. O valor cobrado foi de R\$479,78, a ser pago em 12 vezes de R\$39,98, cujo valor seria descontado no contracheque da apelada.

Pois bem, o PABSS do IPAMB é o 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, vejamos:

Art. 18. O Plano de Assistência à Saúde será desenvolvido na Modalidade Básica e na Modalidade complementar:

(...)

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;

(...)

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:

(...)

k) Exames complementares acima da quota pré-estabelecida;

No caso em apreço, está colacionado nos autos solicitação médica de id. 4670622, p. 32, onde se verifica que necessitava realizar Ressonância Magnética em sua coluna vertebral, por déficit funcional.

Consta ainda dos autos, que no dia 04/06/2013, a apelada aderiu ao plano de financiamento para cobertura do procedimento no valor de R\$ 450,00 (id. 4670622, p. 23).

Embora tenha firmado instrumento de confissão de dívida o procedimento financiado se enquadra nas hipóteses previstas no contrato com o PABSS, segundo o que consta na Lei Municipal nº 7.984/99, art. 18, "f", citado acima.

Diante disso, 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:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA NECESSÁRIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO. PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM-PABSS. SEGURADO DIAGNOSTICADO COM FRATURA NA CERVICAL INSTÁVEL GRAVE. **NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA E EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.** EXIGÊNCIA DE FINANCIAMENTO PARA CUSTEIO DO TRATAMENTO POR MEIO DE DESCONTO EM FOLHA. ARGUIÇÃO DE LEGALIDADE DO DESCONTO. AFASTADA. PACIENTE COM RISCO DE FICAR TETRAPLÉGICO. URGÊNCIA. NECESSIDADE DE COBERTURA TOTAL, SEM FINANCIAMENTO. TESE DE NÃO CABIMENTO DE CONDENAÇÃO POR DANO MATERIAL. INEXISTÊNCIA DE CONDENAÇÃO NA SENTENÇA RECORRIDA ACERCA DE DANO MATERIAL. ANÁLISE PREJUDICADA POR AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL. APELAÇÃO DA AUTARQUIA MUNICIPAL CONHECIDA E NÃO PROVIDA. SENTENÇA INALTERADA EM SEDE DE REMESSA NECESSÁRIA. Remessa Necessária conhecida. Sentença confirmada. À UNANIMIDADE.

(4134528, 4134528, Rel. MARIA ELVINA GEMAQUE TAVEIRA, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Público, Julgado em 2020-11-30, Publicado em 2020-12-08)

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).

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; - grifo nosso

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; - grifo nosso

A citação na decisão monocrática agravada acerca de hemodiálise foi um erro material, mas a decisão se mantém porque o exame de ressonância se enquadra na necessidade urgente de tratamento, portanto, dentro dos procedimentos de urgência e emergência necessários ao paciente.

Sobre o assunto, é salutar citar o douto Procurador de Justiça Jorge Mendonça Rocha em seu parecer de id. 5139051, p. 5:

“É importante destacar que o PABSS – Plano de Assistência Básica à Saúde do Servidor do Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém tem como principal objetivo a garantia do direito à saúde do servidor a ele vinculado e de seus dependentes, uma vez que é um plano de saúde custeado diretamente pelos servidores, mediante desconto em folha. Dessa forma, não é arrazoado estabelecer condicionamento dos tratamentos requeridos à prévia aceitação do financiamento da beneficiária do plano de saúde, visto que tal conduta implica em violação direta ao acesso universal e igualitário à saúde previsto no art. 2º, § 1º, da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), assim como afronta o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana”.

Esta Corte já se manifestou em situação análoga a dos autos:

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. IPAMB. NEGATIVA DE COBERTURA PARA REALIZAÇÃO DE SESÃO DE HEMODIÁLISE EM SEGURADO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA. ABUSIVIDADE. APLICAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO. PRECEDENTES DO STJ. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1. A avaliação acerca da abusividade da conduta da entidade de autogestão ao negar cobertura ao tratamento prescrito pelo médico do usuário atrai a incidência do disposto no art. 423 do Código Civil, pois as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente.



2. Quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário.

3. O médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta. Precedentes.

4. Esse entendimento decorre da própria natureza do Plano Privado de Assistência à Saúde e tem amparo no princípio geral da boa-fé que rege as relações em âmbito privado, pois nenhuma das partes está autorizada a eximir-se de sua respectiva obrigação para frustrar a própria finalidade que deu origem ao vínculo contratual.

(Ap 004380-46.2014.8.14.0301, Rel. Diracy Nunes Alves, publicado em 11/05/2021, 2ª Turma de Direito Público).

Ante o exposto, conheço do recurso mas lhe nego provimento, nos termos da fundamentação.

É como voto.

Belém, data de assinatura no sistema.

Desembargadora DIRACY NUNES ALVES

Relatora

Belém, 27/10/2021



PROCESSO N. 0019218-32.2014.8.14.0301.

AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL.

2ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO.

AGRAVANTE: INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM.

PROCURADOR MUNICIPAL: EDUARDO AUGUSTO DA COSTA BRITO – OAB/PA 12.426.

AGRAVADA: DECISÃO MONOCRÁTICA DE ID. 5149326.

AGRAVADA: CATIA BRELAZ SILVA.

DEFENSOR PÚBLICO: ALCIDES ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA.

PROCURADOR DE JUSTIÇA: JORGE MENDONÇA ROCHA.

RELATORA: DESEMBARGADORA DIRACY NUNES ALVES.

RELATORIO

Trata-se de **AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL** interposto por **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM**, inconformado com a Decisão Monocrática de minha lavra que conheceu e negou provimento ao seu recurso de Apelação.

Em suas razões recursais, após historiar o feito, ratificou os termos de suas razões recursais já apresentados, requerendo o encaminhamento à Apelação para julgamento junto à 2a. Turma de Direito Público do Tribunal de Justiça do ESTADO DO PARÁ.

Aduz que há equívoco na decisão, porque “mesmo reconhecendo que a causa de pedir é o financiamento de exame de ressonância magnética, todo o seu fundamento decisório está sob a equivocada premissa de que não seria lícito ao PABSS fixar um limite de sessões de hemodiálise”, que são procedimentos completamente distintos, porque se trata de exame não coberto pelo plano básico. Que o financiamento é perfeitamente lícito, pois “é previsto como uma modalidade de coparticipação no custeio de serviços que, normalmente, não estão cobertos pela mensalidade que é paga pelo usuário do plano. A administração, ao deferir a realização de financiamento para arcar com procedimento específico age no estrito cumprimento do que está estabelecido nas normas municipais que regem a prestação de tal serviço”. Que por se tratar de um plano de saúde de autogestão, não cabe a aplicação do CDC ao caso. Portanto, entende que “se houve a cobrança de financiamento porque o Demandante teve que realizar tratamento não coberto pela modalidade básica, percebe-se que nenhum dos pedidos deve ser acolhido, na medida em que o réu, apenas, agiu no estrito cumprimento de obrigação prevista em lei, razão pela qual não há porque cessar os descontos, nem tampouco determinar a devolução”.

Em sede de contrarrazões, a agravada pugna pela manutenção do julgado.

É o relatório.



VOTO.

Conheço do recurso porque preenchidos os requisitos de admissibilidade.

Esclareço que apesar das razões do Agravo Interno serem exatamente as mesmas das razões da Apelação.

O presente feito trata de situação em que a apelada, servidora da Prefeitura Municipal de Belém e segurada do PABSS do IPAMB, precisou realizar exame de Ressonância Magnética da Coluna Lombar, no dia 04/06/2013, e nessa ocasião foi solicitado e cobrado o valor do procedimento, conforme Termo de Compromisso PF/SF n. 612/2013, já que o plano de saúde da apelada não tem cobertura para o referido exame. O valor cobrado foi de R\$479,78, a ser pago em 12 vezes de R\$39,98, cujo valor seria descontado no contracheque da apelada.

Pois bem, o PABSS do IPAMB é o 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 segurador e o IPAMB, conforme previsão do Decreto Municipal nº 37.522/00, que regulamenta a Lei Municipal nº 7.984/99, vejamos:

Art. 18. O Plano de Assistência à Saúde será desenvolvido na Modalidade Básica e na Modalidade complementar:

(...)

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;

(...)

II - Modalidade Complementar: É a assistência médica e odontológica que poderá ser viabilizada através de financiamento ao segurador, 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:

(...)

k) Exames complementares acima da quota pré-estabelecida;

No caso em apreço, está colacionado nos autos solicitação médica de id. 4670622, p. 32, onde se verifica que necessitava realizar Ressonância Magnética em sua coluna vertebral, por déficit funcional.

Consta ainda dos autos, que no dia 04/06/2013, a apelada aderiu ao plano de financiamento para cobertura do procedimento no valor de R\$ 450,00 (id. 4670622, p. 23).

Embora tenha firmado instrumento de confissão de dívida o procedimento financiado se enquadra nas hipóteses previstas no contrato com o PABSS, segundo o que consta na Lei Municipal nº



7.984/99, art. 18, “f”, citado acima.

Diante disso, 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:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA NECESSÁRIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO. PLANO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELÉM-PABSS. SEGURADO DIAGNOSTICADO COM FRATURA NA CERVICAL INSTÁVEL GRAVE. **NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA E EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.** EXIGÊNCIA DE FINANCIAMENTO PARA CUSTEIO DO TRATAMENTO POR MEIO DE DESCONTO EM FOLHA. ARGUIÇÃO DE LEGALIDADE DO DESCONTO. AFASTADA. PACIENTE COM RISCO DE FICAR TETRAPLÉGICO. URGÊNCIA. NECESSIDADE DE COBERTURA TOTAL, SEM FINANCIAMENTO. TESE DE NÃO CABIMENTO DE CONDENAÇÃO POR DANO MATERIAL. INEXISTÊNCIA DE CONDENAÇÃO NA SENTENÇA RECORRIDA ACERCA DE DANO MATERIAL. ANÁLISE PREJUDICADA POR AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL. APELAÇÃO DA AUTARQUIA MUNICIPAL CONHECIDA E NÃO PROVIDA. SENTENÇA INALTERADA EM SEDE DE REMESSA NECESSÁRIA. Remessa Necessária conhecida. Sentença confirmada. À UNANIMIDADE.

(4134528, 4134528, Rel. MARIA ELVINA GEMAQUE TAVEIRA, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Público, Julgado em 2020-11-30, Publicado em 2020-12-08)

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).

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 a 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; - grifo nosso

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; - grifo nosso

A citação na decisão monocrática agravada acerca de hemodiálise foi um erro material, mas a decisão se mantém porque o exame de ressonância se enquadra na necessidade urgente de tratamento, portanto, dentro dos procedimentos de urgência e emergência necessários ao paciente.

Sobre o assunto, é salutar citar o douto Procurador de Justiça Jorge Mendonça Rocha em seu parecer de id. 5139051, p. 5:

“É importante destacar que o PABSS – Plano de Assistência Básica à Saúde do Servidor do Instituto de Previdência e Assistência do Município de Belém tem como principal objetivo a garantia do direito à saúde do servidor a ele vinculado e de seus dependentes, uma vez que é um plano de saúde custeado diretamente pelos servidores, mediante desconto em folha. Dessa forma, não é arrazoado estabelecer condicionamento dos tratamentos requeridos à prévia aceitação do financiamento da beneficiária do plano de saúde, visto que tal conduta implica em violação direta ao acesso universal e igualitário à saúde previsto no art. 2º, § 1º, da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), assim como afronta o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana”.

Esta Corte já se manifestou em situação análoga a dos autos:

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. IPAMB. NEGATIVA DE COBERTURA PARA REALIZAÇÃO DE SESÃO DE HEMODIÁLISE EM SEGURADO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA. ABUSIVIDADE. APLICAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO. PRECEDENTES DO STJ. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1. A avaliação acerca da abusividade da conduta da entidade de autogestão ao negar cobertura ao tratamento prescrito pelo médico do usuário atrai a incidência do disposto no art. 423 do Código Civil, pois as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente.
2. Quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário.
3. O médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta. Precedentes.
4. Esse entendimento decorre da própria natureza do Plano Privado de Assistência à Saúde e tem amparo no princípio geral da boa-fé que rege as relações em âmbito privado, pois nenhuma das partes está autorizada a eximir-se de sua respectiva obrigação para frustrar a própria finalidade que deu origem ao vínculo contratual.

(Ap 004380-46.2014.8.14.0301, Rel. Diracy Nunes Alves, publicado em 11/05/2021, 2ª Turma de Direito Público).



Ante o exposto, conheço do recurso mas lhe nego provimento, nos termos da fundamentação.

É como voto.

Belém, data de assinatura no sistema.

Desembargadora DIRACY NUNES ALVES

Relatora



AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. IPAMB. NEGATIVA DE COBERTURA PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA EM SEGURADO COM FORTES DORES EM SUA COLUNA LOMBAR. ABUSIVIDADE. APLICAÇÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO. PRECEDENTES DO STJ. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1. A avaliação acerca da abusividade da conduta da entidade de autogestão ao negar cobertura ao tratamento prescrito pelo médico do usuário atrai a incidência do disposto no art. 423 do Código Civil, pois as cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente.
2. Quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário.
3. O médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta. Precedentes.
4. Esse entendimento decorre da própria natureza do Plano Privado de Assistência à Saúde e tem amparo no princípio geral da boa-fé que rege as relações em âmbito privado, pois nenhuma das partes está autorizada a eximir-se de sua respectiva obrigação para frustrar a própria finalidade que deu origem ao vínculo contratual.

Vistos, relatados e discutidos os autos, em que são partes as acima indicadas, acordam os desembargadores que integram a 2ª Turma de Direito Público do TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ, por unanimidade, a turma conheceu e negou-lhe provimento, nos termos do voto da relatora.

PLENÁRIO DA 2ª TURMA DE DIREITO PÚBLICO, TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ, AOS 23 DIAS DE SETEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E VINTE E UM (2021).

Desembargadora **DIRACY NUNES ALVES**

Relatora.

