



Número: **0805502-85.2021.8.14.0000**

Classe: **AGRAVO DE INSTRUMENTO**

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

Órgão julgador: **Desembargadora MARGUI GASPARI BITTENCOURT**

Última distribuição : **08/11/2022**

Valor da causa: **R\$ 50.000,00**

Processo referência: **0829259-78.2021.8.14.0301**

Assuntos: **Prestação de Serviços**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (AGRAVANTE)	DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
H. C. M. (AGRAVADO)	
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	TEREZA CRISTINA BARATA BATISTA DE LIMA (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
13231792	22/03/2023 08:26	Acórdão	Acórdão
12575219	22/03/2023 08:26	Relatório	Relatório
12575220	22/03/2023 08:26	Voto do Magistrado	Voto
12575221	22/03/2023 08:26	Ementa	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) - 0805502-85.2021.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

AGRAVADO: H. C. M.

RELATOR(A): Desembargadora MARGUI GASPAS BITTENCOURT

EMENTA

PROCESSO Nº 0805502-85.2021.8.14.0000

ÓRGÃO JULGADOR: 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

CLASSE: AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO

COMARCA: BELÉM/PA (9ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL)

AGRAVANTE: UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO: DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE – OAB/PA 11.270

**AGRAVADOS: VIDE ACORDÃO (PJE ID 11241627, PÁGINAS 1-8) E H.C.M.,
REPRESENTADA POR SUA MATERNA LEOCLEIDE ANTUNES CORREIA MIRANDA.**

DEFENSORIA PÚBLICA: NAZARÉ RUSSO RAMOS

RELATORA: DESA. MARGUI GASPAS BITTENCOURT

EMENTA: AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO



DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E TUTELA DE URGÊNCIA. LEI Nº 14.454/2022. EXCEPCIONALIDADE DA QUALIDADE DO ROL DA ANS. EXEMPLIFICATIVO À CONDICIONANTES. PLANO TERAPÊUTICO DE COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA. PROLONGAMENTO DA QUALIDADE DE VIDA. COBERTURA DEVIDA. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1 “Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico ou existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” Inteligência do artigo 10,§3º, da Lei 14.454/2022.

1.1 Previsão legal a mitigar ou neutralizar o caráter restritivo do rol da ANS, tornando-o sob exame dos contornos fáticos e jurídicos do caso concreto, exemplificativo a condicionantes.

1.2 Doenças identificadas como Diagnóstico de Paralisia Cerebral , Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle), somadas a expresse requerimento especialista demonstrando a necessidade do tratamento médico-terapêutico afasta a tese taxativa e impõe a aplicação da qualidade exemplificativo condicional a obrigar a Operadora do Plano de Saúde a fornecer a cobertura pleiteada.

2 Recurso de Agravo Interno conhecido e improvido.

RELATÓRIO

PROCESSO Nº 0805502-85.2021.8.14.0000

ÓRGÃO JULGADOR: 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

CLASSE: AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO

COMARCA: BELÉM/PA (9ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL)



AGRAVANTE: UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO: DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE – OAB/PA 11.270

AGRAVADOS: VIDE ACORDÃO (PJE ID 11241627, PÁGINAS 1-8) E H.C.M., REPRESENTADA POR SUA MATERNA LEOCLEIDE ANTUNES CORREIA MIRANDA.

DEFENSORIA PÚBLICA: NAZARÉ RUSSO RAMOS

RELATORA: DESA. MARGUI GASPAS BITTENCOURT

RELATÓRIO

UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs Agravo Interno contra Monocrática (Vide PJe ID 11241627, páginas 1-8) da lavra desta Relatora, que conheceu e negou provimento ao Agravo de Instrumento, mantendo-se irretocável a redação hostilizada.[\[1\]](#)

Eis a Ementa:

“EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. PROCESSO CIVIL. OBRIGAÇÃO DE FAZER E TUTELA DE URGÊNCIA. COBERTURA DE EXAMES E TRATAMENTO DE SAÚDE NÃO INCLUÍDOS NO ROL DAS ANS. LEI 14.454/2022. AGRAVO CONHECIDO E IMPROVIDO. 1. “O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” Inteligência do artigo 1º, §§ 12 e 13, da Lei nº 14.454/2022. 1.1. Admite-se a cobertura de exames e tratamentos de saúde não incluídos no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde- ANS. 2. Recurso conhecido e improvido, monocraticamente.” (Pje ID 11241627, página 1).

Em razões recursais, **UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** sustenta, em tópicos, que:



” 3. MÉRITO.

3.1. DA IMPUGNAÇÃO ESPECÍFICA AOS FUNDAMENTOS DA DECISÃO RECORRIDA. DA TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS. JURISPRUDÊNCIA DO STJ RECONHECENDO A AUSÊNCIA DE OBRIGAÇÃO DE COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DA ANS

O presente recurso visa a reforma da decisão monocrática que negou provimento ao Agravo de Instrumento interposto pela UNIMED Belém, mantendo a decisão proferida pelo Juízo de piso.

Conforme será demonstrado a seguir, o entendimento exarado na decisão ora recorrida não merece prosperar.

Em uma análise teleológica da norma que foi sancionada e publicada no último dia 21/09/2022, observa-se que o objetivo primordial da nova Lei é possibilitar que em casos excepcionais seja possível garantir autorização para procedimentos que não constem no famigerado Rol atualizado periodicamente pela Agência.

Destaca-se, “casos excepcionais”, pois não deve haver dúvidas de que o “Rol da ANS” permanece com o seu caráter taxativo, servindo de referência para definir a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Frisa-se, neste ponto, que a nova redação do §4º do Art. 10 da Lei 9.656/98, trazida pela Lei 14.454/22, dispõe expressamente que: “A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.”

Por tais razões, como brilhantemente exposto pela Unimed do Brasil em nota enviada no último dia 22/09/2022, documento anexo, a Lei nº 14.454/22, em nenhum momento, preconiza que o Rol deve ser considerado meramente exemplificativo.

Visto isso, observamos que a Legislação em questão possibilita, em situações específicas e isoladas, que haja autorização para procedimentos fora do chamado “Rol da ANS”, nas seguintes hipóteses:

(...)

Neste ponto, nota-se que os requisitos impostos pela Lei nº 14.454/22, efetivamente, são muito semelhantes aos requisitos que já haviam sido fixados no acórdão do Superior Tribunal de Justiça - STJ, publicado em 03 de agosto de 2022.

Para melhor visualização, destacamos abaixo os requisitos que já haviam sido fixados pelo STJ:

Por maioria de votos, a seção definiu as seguintes teses:

(...)

Observamos que, tanto na recente decisão do STJ, como também no novel texto legislativo, a inequívoca comprovação de eficácia e evidência científica do procedimento é requisito fundamental para eventual cobertura de procedimentos que não se encontram no “Rol da ANS”.

Partindo desta premissa, não há dúvidas de que as teses de defesa deverão, em todos os casos desta temática, apontar de forma robusta e vigorosa, a ausência de evidência científica a justificar a exceção de cobertura de determinado procedimento em desacordo com o Rol da Agência reguladora.

Não obstante, é sabido e notório que somente consta no Rol taxativo da ANS os procedimentos com eficácia comprovada. Assim sendo, os tratamentos não listados no referido Rol, por sua vez, não possuem



evidências científicas suficientes para constarem no Rol da ANS.
Nesse sentido, a Lei nº 14.307/2022, dispõe o seguinte:

(...)

Dessa forma, conclui-se que, nos termos do artigo transcrito acima, compete a referida Comissão atualizar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar da ANS, apresentando os tratamentos/procedimentos que, de fato, possuem eficácia comprovada.

Em tempo, entendemos extremamente pertinente e necessário que o Poder Judiciário envie ofícios com solicitação de parecer para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) ou mesmo o próprio Natjus, com o objetivo de que os mencionados órgãos técnicos manifestem nos autos, elucidando se o tratamento completo, nos moldes pretendidos pelo autor, possui respaldo científico, nos termos da Lei 14.454/22 e também do Aresto do STJ.

Com efeito, na decisão proferida pelo colegiado do STJ, através do julgamento dos EREsp nº 1.886.929 e EREsp nº 1.889.704, ficou consolidado que o ROL DA ANS É TAXATIVO.

Trata-se o julgamento supra de caso que teve, inclusive, repercussão nacional.

O Acórdão em questão que consolidou tal entendimento, possui notícia no próprio site do Superior Tribunal de Justiça, cujo trecho segue abaixo, juntamente com o link do sítio virtual do Tribunal da Cidadania onde consta a notícia do julgamento.

(...)

Inclusive, se filiando ao entendimento supra, de que o rol é taxativo, a Desembargadora do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, Gleide Pereira de Moura, proferiu recentíssima decisão, nos autos do processo nº 0834001-15.2022.8.14.0301, onde entendeu o que segue:

(...)

Corroborando com o exposto acima, é possível verificar que o procedimento de formação e atualização do Rol de Procedimentos é um processo complexo, ponderado, que conta com a participação de vários atores, incluindo representantes do Poder Público, operadoras de planos de saúde, sociedade civil e ainda, com a aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao uso dos procedimentos.

(...)

Salienta-se que o contrato firmado entre as partes prevê, expressamente, que a cobertura dos serviços contratados se limita ao que está previsto no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde.

Destarte, os procedimentos requeridos pela parte contrária não constam no rol de procedimentos e eventos em saúde definido pela ANS e não há previsão contratual para seu custeio, de modo que não há obrigatoriedade de cobertura do tratamento.

Diante da ausência dos tratamentos pleiteados pelo agravado no Rol de Procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde, resta claro que seus custeios não devem ficar à cargo da Operadora, merecendo, portanto, data vênua, ser revogada a decisão monocrática ora agravada, uma vez concluído que os tratamentos médicos considerados experimentais não possuem cobertura obrigatória.”

E, ao final, requer:



“Por todo o exposto, espera a agravante seja conhecido e provido o presente AGRAVO INTERNO, para reconsiderar a decisão monocrática recorrida e, caso assim não entenda, que determine a colocação do feito em mesa, independentemente de revisão e inscrição, para efeito de julgamento, observadas as formalidades legais.” (Pje ID 11600573, páginas 1-14)

Contrarrazões apresentadas. (Pje ID 12511692, páginas 1-6).

É o relatório que apresento.

À Unidade de Processamento Judicial das Turmas de Direito Público e Privado incluir em pauta de julgamento.

Belém-Pará, data registrada no sistema.

DESA. MARGUI GASPAR BITTENCOURT

RELATORA

[1] A hostilizada prolatada pelo Juízo da 9ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém-Pará e pertencente aos autos do processo nº 0829259-78.2021.814.0301, está assim redigida: “Vistos, etc. Trata-se de Ação de Obrigação de Fazer com pedido de tutela de urgência ajuizada por H. C. M. representado por LEOCLEIDE ANTUNES CORREA MIRANDA, em desfavor de UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, em que a representante da parte autora relata que o menor sendo paciente diagnosticada com Paralisia Cerebral, Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle), e necessita com urgência realizar terapias especializadas para o seu desenvolvimento, apresentando dificuldades de comunicação e motora, sendo necessário a realização de tratamento específico para seu desenvolvimento. Alega o do autor, através de sua genitora/representante, que é beneficiária do plano de saúde da empresa requerida e que teve negada autorização de reembolso e custeio do tratamento clínico especializada do método CUEVAS MEDEK EXERCISE – CME nível III e IV alegando que o requerente optou pelo tratamento com profissionais não credenciados na rede da operadora de plano, e que tal reembolso/custeio só será devido na hipótese de urgência e emergência em que não for possível utilizar a rede credenciada conforme cláusula VIII, item 8.17 do contrato de prestação de serviço de saúde e inciso VI do art. 12 da Lei 9.656/1998 (Id. 26929516). Alega ainda, que o tratamento prescrito por médico responsável que acompanha o autor, está indicado para método mais direcionado e diante do agravamento do quadro clínico do autor, diagnosticado com Paralisia Cerebral, Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West. O laudo médico fisioterápico (Id. 26928786) demonstra a necessidade de um tratamento intensivo diferenciado, cujos resultados não se desfrutam por intermédio de métodos convencionais anteriormente utilizados. Aduz também, a menor já se encontrava realizando sessões de fisioterapia neurológica pelo método Medeck Cuevas nível I e II, fornecido pela operadora do plano ré, porém, a mesma não possui profissionais em sua rede credenciada para realizar o tratamento intensivo indicado para profissionais nível III e IV. Assim, requer a concessão da tutela de urgência para que a ré seja compelida a autorizar a custear o tratamento adequado com sessões de Fisioterapia Neurológica Especializada pelo



Método Cuevas Medek Exercises em Nível III e IV, com a profissional especialista indicada em Id. 2692949 e conforme descrito no laudo do especialista (Id. 26928786), sob pena de multa diária por descumprimento. Relatados, passo a decidir. Requer o autor concessão de tutela provisória antecipada na mesma petição inicial em que apresenta seu pedido final, em pedido cuja natureza, por isso, se assemelha à da tutela provisória de urgência incidental, prevista no CPC/15, que tem como requisitos a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo (art. 300, do CPC/15). Com base nisso, passo a analisar os pedidos liminares feitos pelo autor. Nesse sentido, entendo que a probabilidade do direito da autora resta configurada no caso, uma vez que comprovada sua filiação ao plano de saúde (Id. 26928763), bem como a negativa de autorização (Id nº 26929516), Laudo do fisioterápico (Id. 26928786). Ademais, apresenta diagnóstico de Paralisia Cerebral, Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle), havendo exposto requerimento especialista demonstrando a necessidade do tratamento, conforme laudo médico (Id. 26928772), laudo do fisioterápico (Id. 26928786) e relatório acostado aos autos em (Id. 26928781, 26928767 e), que indicam a necessidade do tratamento. Nesse passo, comprovada a necessidade do tratamento, não cabe à operadora de plano de saúde a negativa de cobertura sob o argumento de que o plano do beneficiário/autor encontra-se no período de carência, outrossim, deve observar a indicação do especialista e fornecer condições de qualidade de vida e dignidade humana ao autor. Em casos análogos, a jurisprudência pátria vem entendendo que a gravidade da situação e emergência da mesma não deve esbarrar na limitação legal de cobertura do plano de saúde referente ao período de carência, devendo-se, pelo contrário, privilegiar, em conformidade com o CDC, o consumidor que nessa situação específica se encontra em total situação de vulnerabilidade: (...) Portanto, mostra-se abusiva, a uma primeira vista, a negativa de cobertura para o fornecimento do tratamento prescrito a autora, isso porque tal tratamento é indicado por profissional especialista para portadores de paralisia cerebral, com comprometimento na parte motora, cabendo frisar que não cabe ao plano de saúde determinar o tratamento do autor. Nesse ponto, cabe frisar que o plano de saúde pode estabelecer quais doenças serão cobertas, mas não o tratamento a ser utilizado para tratá-las, sendo considerada abusiva tal limitação, nesse entendimento a jurisprudência: (...) Ademais, se a enfermidade não está excluída de tratamento pelo contrato do plano de saúde e, sendo uma método de tratamento de natureza ordinária e não experimental, a mesma torna-se necessária para o atendimento indispensável da autora, principalmente no que diz da gravidade e o estado em que a doença se encontra, não tendo como pretender dissociá-la da obrigação ajustada. Isto posto, com fundamento no art. 300, do CPC/15, DEFIRO o pedido do autor, para determinar que o plano de saúde requerido libere/custeie o seu tratamento especializado com o profissional indicado de forma ilimitada, conforme consta no laudo do fisioterápico (Id. 26928786) e no relatório da clínica especializada (Id. 26929495), no prazo de até 48hs, sob pena de multa diária de R\$1.000,00 (mil reais) para cada provimento antecipado, até o limite de R\$10.000,00 (dez mil reais), em caso de descumprimento. Ficando advertido que o não cumprimento será considerado crime de desobediência e ato atentatório à dignidade da justiça. Tendo em vista o desinteresse do autora no realização da audiência de conciliação ou mediação, conforme consta na inicial e com base no (art. 334, do CPC/15), cite-se a requerida para que, querendo, apresente contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 335, III, c/c art. 231, todos da nova lei processual civil. Aplico o Código de Defesa do Consumidor para deferir a inversão do ônus da prova com fulcro no art. 6º inciso VIII do referido diploma legal. Defiro pedido de justiça gratuita, o autor e patrocinado pela Defensoria Pública. A cópia desta decisão servirá como mandado. Cumpra-se em Regime de Urgência.” (Pje ID 27224490, páginas 1-5)

VOTO



PROCESSO Nº 0805502-85.2021.8.14.0000

ÓRGÃO JULGADOR: 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

CLASSE: AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO

COMARCA: BELÉM/PA (9ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL)

AGRAVANTE: UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO: DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE – OAB/PA 11.270

AGRAVADOS: VIDE ACORDÃO (PJE ID 11241627, PÁGINAS 1-8) E H.C.M., REPRESENTADA POR SUA MATERNA LEOCLEIDE ANTUNES CORREIA MIRANDA.

DEFENSORIA PÚBLICA: NAZARÉ RUSSO RAMOS

RELATORA: DESA. MARGUI GASPAS BITTENCOURT

VOTO

O Agravante defende a tese da taxatividade do rol da ANS e, por via de consequência, excepciona-se a proteção médica a casos não incluídos na lista desde que haja comprovação científica para tanto.

Portanto, definir à qualidade do rol da ANS é o ponto de partida para análise da vertente esposada, daí exame objetivo da Lei nº 14.454, publicada em 21/09/2022, conjugada com a jurisprudência desta Corte de Justiça, friso, à luz do caso concreto. Vejamos:

Em julgamento do Recurso de Agravo Interno em Agravo de Instrumento nº 0805418-50.2022.814.0301, a Desembargadora Relatora Maria Filomena de Almeida Albuquerque, ementou:

AGRAVO INTERNO AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. METHODO THERASUITS. MÉTODO ABA. OUTRAS TERAPIAS. **NECESSIDADE COMPROVADA POR LAUDO MÉDICO. MELHOR INTERESSE DO MENOR. LEI Nº 14.454/2022 QUE TORNOU O ROL EXEMPLIFICATIVO. COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA PROVADA DOS TRATAMENTOS PLEITEADOS. COBERTURA DEVIDA – RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.** (12274438, 12274438, Rel. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Privado, Julgado em 2022-11-28, Publicado em 2022-12-27)

Em razões de decidir, a nobre Relatora argumentou acerca de tal adjetivação cujos excertos tenho por integrá-los dada a sua importância:

No dia 21/09/2022, foi publicada a **Lei nº 14.454, que tornou o rol da ANS exemplificativo**, alterando o art. 10, §§ 12 e 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que passaram a ter a seguinte redação:



§ 12. O **rol** de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela **ANS** a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no **rol** referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais." (NR)

Portanto, o **rol** foi tornado exemplificativo, a partir de 21/09/2022. Desta forma, descabe o argumento o recorrente com relação à **taxatividade** do **rol** da **ANS**, pois foi tornado exemplificativo(...)

A jurisprudência, partindo do exame concreto da lide, realçou a não taxatividade do rol da ANS quanto a tratamento médico necessário e de comprovação científica, tornando-o exemplificativo, daí a gênese do precedente.

De outro norte, em recentíssimo julgamento do Recurso de Agravo Interno em Agravo de Instrumento nº 0802057-25.2022.814.0000, datado de 30/01/2023, o Desembargador Relator Leonardo de Noronha Tavares, em caso concreto assemelhado, ementou:

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA TERAPIA ESPECIALIZADA THERASUIT E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE MUSICOTERAPIA, HIDROTERAPIA E ATIVIDADE FÍSICA. ROL TAXATIVO DA ANS. EXCEÇÃO. GARANTIA DO MELHOR TRATAMENTO E MEIOS NECESSÁRIOS AO PRONTO RESTABELECIMENTO DA SAÚDE. AUSÊNCIA DE INOVAÇÃO FÁTICO-JURÍDICA. DESPROVIMENTO DO RECURSO DE AGRAVO INTERNO.

- 1. Comprovada a existência da doença, coberta contratualmente, o fato de o procedimento não estar previsto no **rol** da Agência Nacional de Saúde, por si só, não desobriga a agravante de cobertura para seu fornecimento, uma vez que o caso em tela se enquadra na exceção de inexistência de outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao **rol** que possa, igualmente, ser realizado em substituição àqueles prescritos pelo médico assistente.**
2. Ausente qualquer inovação na situação fática-jurídica estampada na decisão monocrática combatida, o recurso não merece provimento, por uma questão de lógica jurídica da matéria de direito tratada e, principalmente, em nome da segurança jurídica.
3. Desprovimento do recurso de Agravo Interno, por unanimidade.(12564356, 12564356, Rel. LEONARDO DE NORONHA TAVARES, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Privado, Julgado em 2023-01-30, Publicado em 2023-02-06. Dado Ênfase)



Embora aparente haver certa discordância entre os julgados, a imagem é mero engano, uma vez que ambos se complementam e o resultado desse adendo perfaz a minha posição jurídica, a qual anuncio: O rol da ANS é exemplificativo, desde que obedeça às condicionantes preconizadas no § 13, do artigo 10, da lei 14.454/2022, que alterou a Lei 9.656/1998, in *verbis*:

Lei nº 14.454/2022.

[Art.10.\(omissis\).](#)

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” (NR)

A máxima é: [Tratamento fora do elenco da ANS será autorizado, desde que:](#)

- (i) haja comprovação científica e plano terapêutico para tanto e
- (ii) existam recomendações da Conitec ou recomendação especificada, mitigando-se ou neutralizando-se a taxatividade do rol tornando-o exemplificativo condicional, segundo exame do caso concreto, até que haja a pacificação da controvérsia.

Digo pacificação dessa controvérsia pela discussão ser natural dada a negativa das Operadoras de Plano de Saúde a aceitação dessa qualidade condicionada. Dou um exemplo: O Superior Tribunal de Justiça, ao decidir caso concreto com contornos fáticos e jurídicos diferentes do Tema Repetitivo 990[1], que trata da não obrigação de custeio de medicamento não registrado na Anvisa, utiliza a técnica da distinção - *distinguishing* – quando entende que a situação sob exame análoga não é ao precedente, deixando de aplicá-lo.

Em conclusão a esse manejo teórico, é factível a imprescindibilidade de examinar o caso concreto para se saber a qualidade do quadro da ANS a adotar: se taxativa, quando o caso concreto foge a excepcionalidade legal; se somente exemplificativa ou se exemplificativa condicionante.

Pois bem.

Mantenho meu entendimento esposado na hostilizada, à luz dos contornos fáticos e jurídicos trazidos pelo caso concreto em discussão, que a qualidade do rol da ANS é exemplificativo, contudo, com acréscimo de se submeter a condicionantes.

O cenário fático que a demanda anuncia é:

“O autor foi diagnosticado com Paralisia Cerebral, Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle) e, cada



um destes diagnósticos, traz a necessidade de cuidados especializados com o menor para que este possua o mínimo para viver com dignidade humana

.....
Além dos cuidados especializados necessários, os diagnósticos também trazem algumas adversidades no dia-a-dia do menor, por exemplo, a Síndrome de West é uma das encefalopatias epilépticas que surgem na lactância, sendo caracterizada por espasmos infantis, interrupção do desenvolvimento e uma alteração específica no eletroencefalograma, chamada de hipsarritmia.

.....
Já a Síndrome de Down acarreta um ritmo mais lento no padrão de desenvolvimento em algumas áreas a exemplo do desenvolvimento motor

.....
Importante ressaltar que, as alterações da parte motora incluem problemas na marcha (como paralisia das pernas), hemiplegia (fraqueza em um dos lados do corpo), alterações do tônus muscular (espasticidade que se caracteriza por rigidez dos músculos) e distonia (contração involuntária dos membros) e, em casos graves, há necessidade do uso de cadeira de rodas.

.....
Já as alterações cognitivas incluem problemas na fala, no comportamento, na interação social e raciocínio, podendo inclusive, haver convulsões.(Pje ID 26928756, páginas 3-4, dos autos principais).

Se aceitarmos a tese da Agravante, deverá haver o abandono de qualquer tratamento médico eis a doença não se enquadrar no rol da ANS. É a tese taxativa a inadmitir mitigações. Relembremos!

Inobstante, a Lei nº 14.454, publicada em 21/09/2022, a qual aplico nesse julgamento, excepcionaliza o caráter restritivo, dado o agendamento da situação à seguinte condicionante, *in verbis*:

Lei nº 14.454/2022.

Art.10.(omissis).

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, **a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:**

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico (o negrito é meu).

O Agravado se submete a prescrito plano terapêutico necessário e provado à manutenção da qualidade e prolongamento de sua própria vida, conforme laudos médicos acostados ao longo da questão e destacados no momento da interlocutória, cujos excertos colaciono para melhor visualização fático jurídica do litígio:



O laudo médico fisioterápico (Id. 26928786) demonstra a necessidade de um tratamento intensivo diferenciado, cujos resultados não se desfrutam por intermédio de métodos convencionais anteriormente utilizados. Aduz também, a menor já se encontrava realizando sessões de fisioterapia neurológica pelo método Medeck Cuevas nível I e II, fornecido pela operadora do plano ré, porém, a mesma não possui profissionais em sua rede credenciada para realizar o tratamento intensivo indicado para profissionais nível III e IV.

.....
Nesse sentido, entendo que a probabilidade do direito da autora resta configurada no caso, uma vez que comprovada sua filiação ao plano de saúde (Id. 26928763), bem como a negativa de autorização (Id nº 26929516), Laudo do fisioterápico (Id. 26928786).

.....
Ademais, apresenta diagnóstico de Paralisia Cerebral , Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle), havendo expresso requerimento especialista demonstrando a necessidade do tratamento, conforme laudo médico(Id. 26928772), laudo do fisioterápico (Id. 26928786) e relatório acostado aos autos em (Id. 26928781, 26928767 e), que indicam a necessidade do tratamento.

Por força do enquadramento do caso concreto à excepcionalidade legal, nesses contornos fáticos e jurídicos, entendo que o rol da ANS é de qualidade exemplificativa à condicionantes, que neutraliza a tese do Interno a promover sua rejeição,

Ante o exposto, **CONHEÇO DO AGRAVO INTERNO e NEGO-LHE PROVIMENTO**, mantendo-se inalterada a decisão combatida em toda a sua estrutura.

Após o decurso do prazo recursal sem qualquer manifestação, certifique-se o trânsito em julgado e dê-se a baixa no PJE com a conseqüente remessa dos autos ao Juízo de origem para fins devidos.

É como voto.

Belém, data registrada no sistema.

DESA. MARGUI GASPAR BITTENCOURT

RELATORA



[1] Tema repetitivo 990 STJ. Questão submetida a julgamento:” Definir se as operadoras de plano de saúde estão obrigadas ou não a fornecer medicamento importado, não registrado na ANVISA. “ Tese Firmada: “ As operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela ANVISA.”

Belém, 21/03/2023



PROCESSO Nº 0805502-85.2021.8.14.0000

ÓRGÃO JULGADOR: 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

CLASSE: AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO

COMARCA: BELÉM/PA (9ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL)

AGRAVANTE: UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO: DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE – OAB/PA 11.270

AGRAVADOS: VIDE ACORDÃO (PJE ID 11241627, PÁGINAS 1-8) E H.C.M., REPRESENTADA POR SUA MATERNA LEOCLEIDE ANTUNES CORREIA MIRANDA.

DEFENSORIA PÚBLICA: NAZARÉ RUSSO RAMOS

RELATORA: DESA. MARGUI GASPAR BITTENCOURT

RELATÓRIO

UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs Agravo Interno contra Monocrática (Vide PJe ID 11241627, páginas 1-8) da lavra desta Relatora, que conheceu e negou provimento ao Agravo de Instrumento, mantendo-se irretocável a redação hostilizada.[\[1\]](#)

Eis a Ementa:

“EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. PROCESSO CIVIL. OBRIGAÇÃO DE FAZER E TUTELA DE URGÊNCIA. COBERTURA DE EXAMES E TRATAMENTO DE SAÚDE NÃO INCLUÍDOS NO ROL DAS ANS. LEI 14.454/2022. AGRAVO CONHECIDO E IMPROVIDO. 1. “O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” Inteligência do artigo 1º, §§ 12 e



13, da Lei nº 14.454/2022. 1.1. Admite-se a cobertura de exames e tratamentos de saúde não incluídos no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde- ANS. 2. Recurso conhecido e improvido, monocraticamente.” (Pje ID 11241627, página 1).

Em razões recursais, **UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** sustenta, em tópicos, que:

” 3. MÉRITO.

3.1. DA IMPUGNAÇÃO ESPECÍFICA AOS FUNDAMENTOS DA DECISÃO RECORRIDA. DA TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS. JURISPRUDÊNCIA DO STJ RECONHECENDO A AUSÊNCIA DE OBRIGAÇÃO DE COBERTURA PARA PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO ROL DA ANS

O presente recurso visa a reforma da decisão monocrática que negou provimento ao Agravo de Instrumento interposto pela UNIMED Belém, mantendo a decisão proferida pelo Juízo de piso.

Conforme será demonstrado a seguir, o entendimento exarado na decisão ora recorrida não merece prosperar.

Em uma análise teleológica da norma que foi sancionada e publicada no último dia 21/09/2022, observa-se que o objetivo primordial da nova Lei é possibilitar que em casos excepcionais seja possível garantir autorização para procedimentos que não constem no famigerado Rol atualizado periodicamente pela Agência.

Destaca-se, “casos excepcionais”, pois não deve haver dúvidas de que o “Rol da ANS” permanece com o seu caráter taxativo, servindo de referência para definir a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Frisa-se, neste ponto, que a nova redação do §4º do Art. 10 da Lei 9.656/98, trazida pela Lei 14.454/22, dispõe expressamente que: “A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.”

Por tais razões, como brilhantemente exposto pela Unimed do Brasil em nota enviada no último dia 22/09/2022, documento anexo, a Lei nº 14.454/22, em nenhum momento, preconiza que o Rol deve ser considerado meramente exemplificativo.

Visto isso, observamos que a Legislação em questão possibilita, em situações específicas e isoladas, que haja autorização para procedimentos fora do chamado “Rol da ANS”, nas seguintes hipóteses:

(...)

Neste ponto, nota-se que os requisitos impostos pela Lei nº 14.454/22, efetivamente, são muito semelhantes aos requisitos que já haviam sido fixados no acórdão do Superior Tribunal de Justiça - STJ, publicado em 03 de agosto de 2022.

Para melhor visualização, destacamos abaixo os requisitos que já haviam sido fixados pelo STJ:

Por maioria de votos, a seção definiu as seguintes teses:

(...)

Observamos que, tanto na recente decisão do STJ, como também no novel texto legislativo, a inequívoca comprovação de eficácia e evidência



científica do procedimento é requisito fundamental para eventual cobertura de procedimentos que não se encontram no “Rol da ANS”.

Partindo desta premissa, não há dúvidas de que as teses de defesa deverão, em todos os casos desta temática, apontar de forma robusta e vigorosa, a ausência de evidência científica a justificar a exceção de cobertura de determinado procedimento em desacordo com o Rol da Agência reguladora.

Não obstante, é sabido e notório que somente consta no Rol taxativo da ANS os procedimentos com eficácia comprovada. Assim sendo, os tratamentos não listados no referido Rol, por sua vez, não possuem evidências científicas suficientes para constarem no Rol da ANS.

Nesse sentido, a Lei nº 14.307/2022, dispõe o seguinte:

(...)

Dessa forma, conclui-se que, nos termos do artigo transcrito acima, compete a referida Comissão atualizar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar da ANS, apresentando os tratamentos/procedimentos que, de fato, possuem eficácia comprovada.

Em tempo, entendemos extremamente pertinente e necessário que o Poder Judiciário envie ofícios com solicitação de parecer para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) ou mesmo o próprio Natjus, com o objetivo de que os mencionados órgãos técnicos manifestem nos autos, elucidando se o tratamento completo, nos moldes pretendidos pelo autor, possui respaldo científico, nos termos da Lei 14.454/22 e também do Aresto do STJ.

Com efeito, na decisão proferida pelo colegiado do STJ, através do julgamento dos EREsp nº 1.886.929 e EREsp nº 1.889.704, ficou consolidado que o ROL DA ANS É TAXATIVO.

Trata-se o julgamento supra de caso que teve, inclusive, repercussão nacional.

O Acórdão em questão que consolidou tal entendimento, possui notícia no próprio site do Superior Tribunal de Justiça, cujo trecho segue abaixo, juntamente com o link do sítio virtual do Tribunal da Cidadania onde consta a notícia do julgamento.

(...)

Inclusive, se filiando ao entendimento supra, de que o rol é taxativo, a Desembargadora do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, Gleide Pereira de Moura, proferiu recentíssima decisão, nos autos do processo nº 0834001-15.2022.8.14.0301, onde entendeu o que segue:

(...)

Corroborando com o exposto acima, é possível verificar que o procedimento de formação e atualização do Rol de Procedimentos é um processo complexo, ponderado, que conta com a participação de vários atores, incluindo representantes do Poder Público, operadoras de planos de saúde, sociedade civil e ainda, com a aprovação pelos conselhos profissionais quanto ao uso dos procedimentos.

(...)

Salienta-se que o contrato firmado entre as partes prevê, expressamente, que a cobertura dos serviços contratados se limita ao que está previsto no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde.

Destarte, os procedimentos requeridos pela parte contrária não constam no rol de procedimentos e eventos em saúde definido pela ANS e não há previsão contratual para seu custeio, de modo que não há obrigatoriedade de cobertura do tratamento.



Diante da ausência dos tratamentos pleiteados pelo agravado no Rol de Procedimentos editados pela Agência Nacional de Saúde, resta claro que seus custos não devem ficar à cargo da Operadora, merecendo, portanto, data vênua, ser revogada a decisão monocrática ora agravada, uma vez concluído que os tratamentos médicos considerados experimentais não possuem cobertura obrigatória.”

E, ao final, requer:

“Por todo o exposto, espera a agravante seja conhecido e provido o presente AGRAVO INTERNO, para reconsiderar a decisão monocrática recorrida e, caso assim não entenda, que determine a colocação do feito em mesa, independentemente de revisão e inscrição, para efeito de julgamento, observadas as formalidades legais.” (Pje ID 11600573, páginas 1-14)

Contrarrazões apresentadas. (Pje ID 12511692, páginas 1-6).

É o relatório que apresento.

À Unidade de Processamento Judicial das Turmas de Direito Público e Privado incluir em pauta de julgamento.

Belém-Pará, data registrada no sistema.

DESA. MARGUI GASPAR BITTENCOURT

RELATORA

[1] A hostilizada prolatada pelo Juízo da 9ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém-Pará e pertencente aos autos do processo nº 0829259-78.2021.814.0301, está assim redigida: “Vistos, etc. Trata-se de Ação de Obrigação de Fazer com pedido de tutela de urgência ajuizada por H. C. M. representado por LEOCLEIDE ANTUNES CORREA MIRANDA, em desfavor de UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, em que a representante da parte autora relata que o menor sendo paciente diagnosticada com Paralisia Cerebral, Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle), e necessita com urgência realizar terapias especializadas para o seu desenvolvimento, apresentando dificuldades de comunicação e motora, sendo necessário a realização de tratamento específico para seu desenvolvimento. Alega o do autor, através de sua genitora/representante, que é beneficiária do plano de saúde da empresa requerida e que teve negada autorização de reembolso e custeio do tratamento clínico especializada do método CUEVAS MEDEK EXERCISE – CME nível III e IV alegando que o requerente optou pelo tratamento com profissionais não credenciados na rede da operadora de plano, e que tal reembolso/custeio só será devido na hipótese de urgência e emergência em que não for possível



utilizar a rede credenciada conforme cláusula VIII, item 8.17 do contrato de prestação de serviço de saúde e inciso VI do art. 12 da Lei 9.656/1998 (Id. 26929516). Alega ainda, que o tratamento prescrito por médico responsável que acompanha o autor, está indicado para método mais direcionado e diante do agravamento do quadro clínico do autor, diagnosticado com Paralisia Cerebral, Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West. O laudo médico fisioterápico (Id. 26928786) demonstra a necessidade de um tratamento intensivo diferenciado, cujos resultados não se desfrutam por intermédio de métodos convencionais anteriormente utilizados. Aduz também, a menor já se encontrava realizando sessões de fisioterapia neurológica pelo método Medeck Cuevas nível I e II, fornecido pela operadora do plano ré, porém, a mesma não possui profissionais em sua rede credenciada para realizar o tratamento intensivo indicado para profissionais nível III e IV. Assim, requer a concessão da tutela de urgência para que a ré seja compelida a autorizar a custear o tratamento adequado com sessões de Fisioterapia Neurológica Especializada pelo Método Cuevas Medek Exercises em Nível III e IV, com a profissional especialista indicada em Id. 2692949 e conforme descrito no laudo do especialista (Id. 26928786), sob pena de multa diária por descumprimento. Relatados, passo a decidir. Requer o autor concessão de tutela provisória antecipada na mesma petição inicial em que apresenta seu pedido final, em pedido cuja natureza, por isso, se assemelha à da tutela provisória de urgência incidental, prevista no CPC/15, que tem como requisitos a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo (art. 300, do CPC/15). Com base nisso, passo a analisar os pedidos liminares feitos pelo autor. Nesse sentido, entendo que a probabilidade do direito da autora resta configurada no caso, uma vez que comprovada sua filiação ao plano de saúde (Id. 26928763), bem como a negativa de autorização (Id nº 26929516), Laudo do fisioterápico (Id. 26928786). Ademais, apresenta diagnóstico de Paralisia Cerebral, Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle), havendo exposto requerimento especialista demonstrando a necessidade do tratamento, conforme laudo médico (Id. 26928772), laudo do fisioterápico (Id. 26928786) e relatório acostado aos autos em (Id. 26928781, 26928767 e), que indicam a necessidade do tratamento. Nesse passo, comprovada a necessidade do tratamento, não cabe à operadora de plano de saúde a negativa de cobertura sob o argumento de que o plano do beneficiário/autor encontra-se no período de carência, outrossim, deve observar a indicação do especialista e fornecer condições de qualidade de vida e dignidade humana ao autor. Em casos análogos, a jurisprudência pátria vem entendendo que a gravidade da situação e emergência da mesma não deve esbarrar na limitação legal de cobertura do plano de saúde referente ao período de carência, devendo-se, pelo contrário, privilegiar, em conformidade com o CDC, o consumidor que nessa situação específica se encontra em total situação de vulnerabilidade: (...) Portanto, mostra-se abusiva, a uma primeira vista, a negativa de cobertura para o fornecimento do tratamento prescrito a autora, isso porque tal tratamento é indicado por profissional especialista para portadores de paralisia cerebral, com comprometimento na parte motora, cabendo frisar que não cabe ao plano de saúde determinar o tratamento do autor. Nesse ponto, cabe frisar que o plano de saúde pode estabelecer quais doenças serão cobertas, mas não o tratamento a ser utilizado para tratá-las, sendo considerada abusiva tal limitação, nesse entendimento a jurisprudência: (...) Ademais, se a enfermidade não está excluída de tratamento pelo contrato do plano de saúde e, sendo uma método de tratamento de natureza ordinária e não experimental, a mesma torna-se necessária para o atendimento indispensável da autora, principalmente no que diz da gravidade e o estado em que a doença se encontra, não tendo como pretender dissociá-la da obrigação ajustada. Isto posto, com fundamento no art. 300, do CPC/15, DEFIRO o pedido do autor, para determinar que o plano de saúde requerido libere/custeie o seu tratamento especializado com o profissional indicado de forma ilimitada, conforme consta no laudo do fisioterápico (Id. 26928786) e no relatório da clínica especializada (Id. 26929495), no prazo de até 48hs, sob pena de multa diária de R\$1.000,00 (mil reais) para cada provimento antecipado, até o limite de R\$10.000,00 (dez mil reais), em caso de descumprimento. Ficando advertido que o não cumprimento será considerado crime de desobediência e ato atentatório à dignidade da justiça. Tendo em vista o desinteresse do autora no realização da audiência de conciliação ou mediação, conforme consta na inicial e com base no (art. 334, do CPC/15), cite-se a requerida para que, querendo, apresente contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 335, III, c/c art. 231, todos da nova lei processual civil. Aplico o Código de Defesa do Consumidor para deferir a inversão do ônus da prova com fulcro no art. 6º inciso VIII do referido diploma legal. Defiro pedido de justiça gratuita, o autor e patrocinado pela Defensoria Pública. A cópia desta decisão servirá como mandado. Cumpra-se em Regime de Urgência.” (Pje ID 27224490, páginas 1-5)



PROCESSO Nº 0805502-85.2021.8.14.0000

ÓRGÃO JULGADOR: 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

CLASSE: AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO

COMARCA: BELÉM/PA (9ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL)

AGRAVANTE: UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO: DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE – OAB/PA 11.270

**AGRAVADOS: VIDE ACORDÃO (PJE ID 11241627, PÁGINAS 1-8) E H.C.M.,
REPRESENTADA POR SUA MATERNA LEOCLEIDE ANTUNES CORREIA MIRANDA.**

DEFENSORIA PÚBLICA: NAZARÉ RUSSO RAMOS

RELATORA: DESA. MARGUI GASPAS BITTENCOURT

VOTO

O Agravante defende a tese da taxatividade do rol da ANS e, por via de consequência, excepciona-se a proteção médica a casos não incluídos na lista desde que haja comprovação científica para tanto.

Portanto, definir à qualidade do rol da ANS é o ponto de partida para análise da vertente esposada, daí exame objetivo da Lei nº 14.454, publicada em 21/09/2022, conjugada com a jurisprudência desta Corte de Justiça, friso, à luz do caso concreto. Vejamos:

Em julgamento do Recurso de Agravo Interno em Agravo de Instrumento nº 0805418-50.2022.814.0301, a Desembargadora Relatora Maria Filomena de Almeida Albuquerque, ementou:

AGRAVO INTERNO AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. METHODO THERASUITS. MÉTODO ABA. OUTRAS TERAPIAS. NECESSIDADE COMPROVADA POR LAUDO MÉDICO. MELHOR INTERESSE DO MENOR. LEI Nº 14.454/2022 QUE TORNOU O ROL EXEMPLIFICATIVO. COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA PROVADA DOS TRATAMENTOS PLEITEADOS. COBERTURA DEVIDA – RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. (12274438, 12274438, Rel. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Privado, Julgado em 2022-11-28, Publicado em 2022-12-27)

Em razões de decidir, a nobre Relatora argumentou acerca de tal adjetivação cujos excertos tenho por integrá-los dada a sua importância:



No dia 21/09/2022, foi publicada a **Lei nº 14.454, que tornou o rol da ANS exemplificativo**, alterando o art. 10, §§ 12 e 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que passaram a ter a seguinte redação:

§ 12. O **rol** de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela **ANS** a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no **rol** referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais." (NR)

Portanto, o **rol** foi tornado exemplificativo, a partir de 21/09/2022. Desta forma, descabe o argumento o recorrente com relação à **taxatividade** do **rol** da **ANS**, pois foi tornado exemplificativo(...)

A jurisprudência, partindo do exame concreto da lide, realçou a não taxatividade do rol da ANS quanto a tratamento médico necessário e de comprovação científica, tornando-o exemplificativo, daí a gênese do precedente.

De outro norte, em recentíssimo julgamento do Recurso de Agravo Interno em Agravo de Instrumento nº 0802057-25.2022.814.0000, datado de 30/01/2023, o Desembargador Relator Leonardo de Noronha Tavares, em caso concreto assemelhado, ementou:

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. **PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA TERAPIA ESPECIALIZADA THERASUIT E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE MUSICOTERAPIA, HIDROTERAPIA E ATIVIDADE FÍSICA. ROL TAXATIVO DA ANS. EXCEÇÃO. GARANTIA DO MELHOR TRATAMENTO E MEIOS NECESSÁRIOS AO PRONTO RESTABELECIMENTO DA SAÚDE. AUSÊNCIA DE INOVAÇÃO FÁTICO-JURÍDICA. DESPROVIMENTO DO RECURSO DE AGRAVO INTERNO.**

1. **Comprovada a existência da doença, coberta contratualmente, o fato de o procedimento não estar previsto no rol da Agência Nacional de Saúde, por si só, não desobriga a agravante de cobertura para seu fornecimento, uma vez que o caso em tela se enquadra na exceção de inexistência de outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol que possa, igualmente, ser realizado em substituição àqueles prescritos pelo médico assistente.**

2. Ausente qualquer inovação na situação fática-jurídica estampada na decisão monocrática combatida, o recurso não merece provimento, por uma questão de lógica jurídica da matéria de direito tratada e, principalmente, em nome da segurança jurídica.



3. Desprovisionamento do recurso de Agravo Interno, por unanimidade.(12564356, 12564356, Rel. LEONARDO DE NORONHA TAVARES, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Privado, Julgado em 2023-01-30, Publicado em 2023-02-06. Dado Ênfase)

Embora aparente haver certa discordância entre os julgados, a imagem é mero engano, uma vez que ambos se complementam e o resultado desse adendo perfaz a minha posição jurídica, a qual anuncio: O rol da ANS é exemplificativo, desde que obedeça às condicionantes preconizadas no § 13, do artigo 10, da lei 14.454/2022, que alterou a Lei 9.656/1998, in *verbis*:

Lei nº 14.454/2022.

[Art.10.\(omissis\).](#)

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” (NR)

A máxima é: [Tratamento fora do elenco da ANS será autorizado, desde que:](#)

- (i) haja comprovação científica e plano terapêutico para tanto e
- (ii) existam recomendações da Conitec ou recomendação especificada, mitigando-se ou neutralizando-se a taxatividade do rol tornando-o exemplificativo condicional, segundo exame do caso concreto, até que haja a pacificação da controvérsia.

Digo pacificação dessa controvérsia pela discussão ser natural dada a negativa das Operadoras de Plano de Saúde a aceitação dessa qualidade condicionada. Dou um exemplo: O Superior Tribunal de Justiça, ao decidir caso concreto com contornos fáticos e jurídicos diferentes do Tema Repetitivo 990[1], que trata da não obrigação de custeio de medicamento não registrado na Anvisa, utiliza a técnica da distinção - *distinguishing* – quando entende que a situação sob exame análoga não é ao precedente, deixando de aplicá-lo.

Em conclusão a esse manejo teórico, é factível a imprescindibilidade de examinar o caso concreto para se saber a qualidade do quadro da ANS a adotar: se taxativa, quando o caso concreto foge a excepcionalidade legal; se somente exemplificativa ou se exemplificativa condicionante.

Pois bem.

Mantenho meu entendimento esposado na hostilizada, à luz dos contornos fáticos e jurídicos trazidos pelo caso concreto em discussão, que a qualidade do rol da ANS é exemplificativo, contudo, com acréscimo de se submeter a condicionantes.

O cenário fático que a demanda anuncia é:



“O autor foi diagnosticado com Paralisia Cerebral, Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle) e, cada um destes diagnósticos, traz a necessidade de cuidados especializados com o menor para que este possua o mínimo para viver com dignidade humana

.....
Além dos cuidados especializados necessários, os diagnósticos também trazem algumas adversidades no dia-a-dia do menor, por exemplo, a Síndrome de West é uma das encefalopatias epilépticas que surgem na lactância, sendo caracterizada por espasmos infantis, interrupção do desenvolvimento e uma alteração específica no eletroencefalograma, chamada de hipsarritmia.

.....
Já a Síndrome de Down acarreta um ritmo mais lento no padrão de desenvolvimento em algumas áreas a exemplo do desenvolvimento motor

.....
Importante ressaltar que, as alterações da parte motora incluem problemas na marcha (como paralisia das pernas), hemiplegia (fraqueza em um dos lados do corpo), alterações do tônus muscular (espasticidade que se caracteriza por rigidez dos músculos) e distonia (contração involuntária dos membros) e, em casos graves, há necessidade do uso de cadeira de rodas.

.....
Já as alterações cognitivas incluem problemas na fala, no comportamento, na interação social e raciocínio, podendo inclusive, haver convulsões.(Pje ID 26928756, páginas 3-4, dos autos principais).

Se aceitarmos a tese da Agravante, deverá haver o abandono de qualquer tratamento médico eis a doença não se enquadrar no rol da ANS. É a tese taxativa a inadmitir mitigações. Relembremos!

Inobstante, a Lei nº 14.454, publicada em 21/09/2022, a qual aplico nesse julgamento, excepcionaliza o caráter restritivo, dado o agendamento da situação à seguinte condicionante, *in verbis*:

Lei nº 14.454/2022.

Art.10.(omissis).

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, **a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:**

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico (o negrito é meu).

O Agravado se submete a prescrito plano terapêutico necessário e provado à manutenção da qualidade e prolongamento de sua própria vida, conforme laudos médicos acostados ao longo da questão e destacados no momento da interlocutória, cujos



excertos colaciono para melhor visualização fático jurídica do litígio:

O laudo médico fisioterápico (Id. 26928786) demonstra a necessidade de um tratamento intensivo diferenciado, cujos resultados não se desfrutam por intermédio de métodos convencionais anteriormente utilizados. Aduz também, a menor já se encontrava realizando sessões de fisioterapia neurológica pelo método Medeck Cuevas nível I e II, fornecido pela operadora do plano ré, porém, a mesma não possui profissionais em sua rede credenciada para realizar o tratamento intensivo indicado para profissionais nível III e IV.

.....
Nesse sentido, entendo que a probabilidade do direito da autora resta configurada no caso, uma vez que comprovada sua filiação ao plano de saúde (Id. 26928763), bem como a negativa de autorização (Id nº 26929516), Laudo do fisioterápico (Id. 26928786).

.....
Ademais, apresenta diagnóstico de Paralisia Cerebral , Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle), havendo expresso requerimento especialista demonstrando a necessidade do tratamento, conforme laudo médico(Id. 26928772), laudo do fisioterápico (Id. 26928786) e relatório acostado aos autos em (Id. 26928781, 26928767 e), que indicam a necessidade do tratamento.

Por força do enquadramento do caso concreto à excepcionalidade legal, nesses contornos fáticos e jurídicos, entendo que o rol da ANS é de qualidade exemplificativa à condicionantes, que neutraliza a tese do Interno a promover sua rejeição,

Ante o exposto, **CONHEÇO DO AGRAVO INTERNO e NEGO-LHE PROVIMENTO**, mantendo-se inalterada a decisão combatida em toda a sua estrutura.

Após o decurso do prazo recursal sem qualquer manifestação, certifique-se o trânsito em julgado e dê-se a baixa no PJE com a conseqüente remessa dos autos ao Juízo de origem para fins devidos.

É como voto.

Belém, data registrada no sistema.

DESA. MARGUI GASPAR BITTENCOURT

RELATORA



[1] Tema repetitivo 990 STJ. Questão submetida a julgamento:” Definir se as operadoras de plano de saúde estão obrigadas ou não a fornecer medicamento importado, não registrado na ANVISA. “ Tese Firmada: “ As operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela ANVISA.”



PROCESSO Nº 0805502-85.2021.8.14.0000

ÓRGÃO JULGADOR: 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

CLASSE: AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO

COMARCA: BELÉM/PA (9ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL)

AGRAVANTE: UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO: DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE – OAB/PA 11.270

AGRAVADOS: VIDE ACORDÃO (PJE ID 11241627, PÁGINAS 1-8) E H.C.M., REPRESENTADA POR SUA MATERNA LEOCLEIDE ANTUNES CORREIA MIRANDA.

DEFENSORIA PÚBLICA: NAZARÉ RUSSO RAMOS

RELATORA: DESA. MARGUI GASPAS BITTENCOURT

EMENTA: AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E TUTELA DE URGÊNCIA. LEI Nº 14.454/2022. EXCEPCIONALIDADE DA QUALIDADE DO ROL DA ANS. EXEMPLIFICATIVO À CONDICIONANTES. PLANO TERAPÊUTICO DE COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA. PROLONGAMENTO DA QUALIDADE DE VIDA. COBERTURA DEVIDA. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO.

1 “Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico ou existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” Inteligência do artigo 10,§3º, da Lei 14.454/2022.

1.1 Previsão legal a mitigar ou neutralizar o caráter restritivo do rol da ANS, tornando-o sob exame dos contornos fáticos e jurídicos do caso concreto, exemplificativo a condicionantes.

1.2 Doenças identificadas como Diagnóstico de Paralisia Cerebral , Síndrome de Down (Trissomia do 21) e Síndrome de West (Epilepsia de difícil controle), somadas a expresse requerimento especialista demonstrando a necessidade do tratamento médico-terapêutico afasta a tese taxativa e impõe a aplicação da qualidade exemplificativo condicional a obrigar a Operadora do Plano de Saúde a fornecer a cobertura pleiteada.

2 Recurso de Agravo Interno conhecido e improvido.





Assinado eletronicamente por: MARGUI GASPAR BITTENCOURT - 22/03/2023 08:26:39

<https://pje-consultas.tjpa.jus.br/pje-2g-consultas/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23032208263892700000012233002>

Número do documento: 23032208263892700000012233002