



Número: **0806406-03.2024.8.14.0000**

Classe: **AGRAVO DE INSTRUMENTO**

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

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**

Última distribuição : **18/04/2024**

Valor da causa: **R\$ 1.412,00**

Processo referência: **0801532-51.2024.8.14.0201**

Assuntos: **Serviços Hospitalares, Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Advogados
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (AGRAVANTE)	ARTHUR LAERCIO HOMCI DA COSTA SILVA (ADVOGADO)
MARIA EDUARDA ARAUJO DE SOUZA (AGRAVADO)	GREICE COSTA VIEIRA (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
22394774	03/10/2024 11:03	Acórdão	Acórdão

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) - 0806406-03.2024.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

AGRAVADO: MARIA EDUARDA ARAUJO DE SOUZA

RELATOR(A): Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

EMENTA

EMENTA DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. MEDICAMENTO DOMICILIAR. REDE CREDENCIADA. ROL TAXATIVO DA ANS. AGRAVO DE INSTRUMENTO PARCIALMENTE PROVIDO. AGRAVO INTERNO CONHECIDO E DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo interno interposto pela UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra decisão monocrática que deu parcial provimento ao agravo de instrumento, suspendendo a obrigação de custeio de tratamento em clínica não credenciada e mantendo a determinação de fornecimento do medicamento NPLATE (Romiplostim) 250mcg, para uso domiciliar.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A controvérsia envolve a obrigatoriedade do plano de saúde de custear medicamento para uso domiciliar não incluído no rol da ANS e o dever de cobertura de tratamento fora da rede credenciada, conforme decisão que deferiu parcialmente a tutela de urgência.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) prevê que, havendo cobertura para a doença, deve haver custeio para os procedimentos ou medicamentos necessários, ainda que não previstos no rol da ANS, desde que haja indicação médica específica (STJ, AgInt no REsp nº 1793874/MT, Rel. Min. Raul Araújo).

4. No que tange ao tratamento fora da rede credenciada, a legislação e o contrato de prestação de serviços de saúde firmado entre as partes não impõem tal obrigação, exceto em casos de urgência ou emergência, o que não se verifica no caso em questão (STJ, EAREsp 1.459.849-ES, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze).

IV. DISPOSITIVO E TESE



5. Agravo interno conhecido e desprovido.

Tese de julgamento: "O plano de saúde deve fornecer medicamento prescrito para tratamento de doença coberta, mesmo que fora do rol da ANS, salvo previsão contratual em contrário, e não está obrigado a custear tratamentos fora da rede credenciada, salvo em situações de urgência ou emergência demonstradas."

Dispositivos relevantes citados:

- **Código de Processo Civil (CPC), Art. 300.**
 - **Lei nº 9.656/1998, Art. 10, VI.**
 - **Resolução Normativa ANS nº 465/2021, Art. 17, parágrafo único, inciso VI.**
 - **Código de Defesa do Consumidor (CDC), Art. 51, IV.**

Jurisprudência relevante citada:

- **STJ, AgInt no REsp nº 1793874/MT, Rel. Min. Raul Araújo.**
- **STJ, EAREsp 1.459.849-ES, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze.**
- **STJ, AgInt no AREsp 1704820/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze.**

ACÓRDÃO

Vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Privado, na 35ª Sessão Ordinária de 2024, realizada por meio da ferramenta plenário virtual, sistema PJE, à unanimidade, em conhecer e negar provimento ao recurso, nos termos do voto da Desembargadora Relatora.

Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Sr. Desembargador CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO.

Belém (PA), data registrada no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora

RELATÓRIO

PODER JUDICIÁRIO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

PROCESSO Nº 0806406-03.2024.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

AGRAVADO: MARIA EDUARDA ARAÚJO DE SOUZA.

RELATORA: DESEMBARGADORA MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

RELATÓRIO

Trata-se de **AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO** interposto por **UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** contra decisão monocrática proferida no agravo de instrumento interposto na **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE LIMINAR** ajuizada por **MARIA EDUARDA ARAÚJO DE SOUZA**.

Cuidam os autos do recurso de **AGRAVO DE INSTRUMENTO** proposto por **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** contra **MARIA EDUARDA ARAÚJO DE SOUZA**, com o objetivo de modificar decisão interlocutória que concedeu liminar para cobertura de tratamento médico não previsto contratualmente.

A decisão vergastada (ID 111869644 – Processo 0801532-51.2024.8.14.0201) foi proferida com o seguinte teor:

Isto posto, nos termos do artigo 300 do CPC, DEFIRO A ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA e determino que a requerida, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, forneça e/ou custeie à requerente o fornecimento do medicamento NPLATE (ROMIPLOSTIM) 250MCG, bem como garanta que o tratamento necessário se realize junto à Clínica Oncológica do Brasil, situada na Avenida Visconde de Souza Franco, Nº 570, Bairro do Reduto, Belém/PA, em razão do vínculo pré-existente com a autora, sob pena de multa diária no valor de R\$ 1.000,00 (mil reais), em caso de descumprimento, até o limite de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

INTIME-SE a requerida para cumprimento da liminar, no prazo acima fixado, bem como CITE-SE para, querendo, apresentar Contestação no prazo legal de 15 (quinze) dias, sob pena de ser alcançada pelos efeitos da Revelia, em caso de inércia.

Cumpra-se, imediatamente por se tratar de medida urgente.

A cópia desta decisão servirá como mandado, nos termos do art. 1º da Resolução 03/2009 da Corregedoria de Justiça da Região Metropolitana de Belém.

Intime-se. Cumpra-se, na forma e sob as penas da lei.

Distrito de Icoaraci (PA), datado e assinado eletronicamente.

EDNA MARIA DE MOURA PALHA

Juíza de Direito Auxiliar de 3ª Entrância, respondendo pela 1ª Vara Cível e Empresarial Distrital de Icoaraci

Na origem, a parte agravada afirma que é beneficiária do plano de saúde gerenciado pela UNIMED Belém e que desde os 15 (quinze) anos de idade possui diagnóstico de “PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPÁTICA (PTI) CRONICA REFRATARIA – CID 69.3”. Diante do recente agravamento dos sintomas, sua médica assistente lhe prescreveu tratamento com uso do medicamento NPLATE (ROMIPLOSTIM) 250MCG, que foi negado pela UNIMED.

O juízo deferiu a liminar para que a UNIMED fornecesse o medicamento.

Irresignada, a UNIMED recorre a esta instância (id 19100614) alegando que a Lei nº 14.454/2022, estatui sobre os procedimentos cobertos pelos planos de saúde e que a decisão liminar contraria a legislação vigente, especialmente no que tange ao Rol de Procedimentos da ANS, que é taxativo, não incluindo o tratamento pleiteado pela agravada, que envolve a administração domiciliar do medicamento Nplate (Romiplostim) 250mcg para tratar Púrpura Trombocitopênica Idiopática Crônica Refratária – CID 69.3.

Para reforçar sua alegação, a UNIMED sustenta que a decisão desconsidera a estrita observância ao princípio da legalidade, pois o fornecimento do medicamento para uso domiciliar e o tratamento fora da rede credenciada não estão abarcados pelo contrato de plano de saúde nem pela legislação aplicável. Ressalta que o custeio de medicamento domiciliar é expressamente excluído pelo art. 10, VI da Lei 9.656/1998 e pelo art. 17, p.ú., inciso VI, da RN 465/2021/ANS.

A UNIMED se insurge ainda quanto ao custeio do tratamento fora da rede credenciada, fundamentando sua posição na existência de hospitais e prestadores de serviço cooperados que poderiam fornecer o tratamento necessário à recorrida. Destaca-se que a Clínica Oncológica do Brasil, local escolhido pela recorrida para o tratamento, não pertence à rede credenciada da UNIMED Belém.

A recorrente sustenta que, tanto legalmente quanto contratualmente, não é obrigada a custear tratamentos fora de sua rede credenciada, especialmente quando existem prestadores de serviço adequados dentro de sua rede e que a recorrida, optou por um tratamento em clínica não credenciada, o que não se justifica face à disponibilidade de tratamento equivalente dentro da rede.

Cita a RN 566/2022/ANS que define os procedimentos para atendimento e a jurisprudência vigente, que não obriga as operadoras de saúde a custearem tratamentos fora da rede credenciada, exceto em circunstâncias excepcionais que não se aplicam ao caso corrente.



Por fim, a UNIMED requer a reforma da decisão para que seja revogada a tutela antecipada concedida, alegando ausência dos requisitos autorizadores e o perigo de dano reverso, considerando o risco de multiplicação de demandas semelhantes e o impacto financeiro decorrente da ampliação indevida das coberturas contratadas.

Concedi o efeito suspensivo parcialmente ao ID 19268387, conforme ementa que a seguir transcrevo:

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO DO CONSUMIDOR E SAÚDE SUPLEMENTAR. NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO E TRATAMENTO. NPLATE (ROMIPLOSTIM) 250MCG. ALEGAÇÃO DE USO DOMICILIAR FORA DA COBERTURA ROL TAXATIVO DA ANS. PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. IMPOSSIBILIDADE. EFEITO SUSPENSIVO PARCIALMENTE DEFERIDO.

1- Trata-se de Agravo de Instrumento interposto por UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra decisão que deferiu antecipação de tutela para cobertura de medicamento (NPLATE, romiplostim 250mcg) e tratamento na Clínica Oncológica do Brasil, não previstos contratualmente, sob alegação de que tal decisão contraria o rol taxativo da ANS e a legislação vigente.

2- A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça tem consolidado entendimento de que "havendo cobertura para a doença, conseqüentemente deverá haver cobertura para procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano, ainda que se trate de medicamento experimental."

3- No tocante ao tratamento na Clínica Oncológica do Brasil, a decisão foi reformada para que a agravada busque o tratamento na rede credenciada da agravante, em conformidade com a legislação que não impõe a obrigatoriedade de custeio de tratamento fora da rede credenciada, salvo em situações de urgência e emergência, não verificadas no caso.

4- Efeito suspensivo parcialmente deferido.

E dispositivo:

“(…)

Diante do exposto, **CONCEDO PARCIALMENTE O EFEITO SUSPENSIVO**, apenas para suspender a decisão quanto ao tratamento da agravada na clínica **ONCOLÓGICA DO BRASIL**, devendo a recorrida buscar tratamento na rede credenciada da agravante, mantendo os demais termos da decisão.

Determino, ainda, que a UNIMED, após escolha da agravada, encaminhe-a em 24h (vinte e quatro horas), para médico especialista da sua rede credenciada, para que esta não tenha que

esperar longos períodos sem tratamento.

Intime-se a parte Agravada, para apresentar contraminuta ao presente recurso, facultando-lhe juntar cópias das peças que entender necessárias.

Publique-se. Intimem-se. Comunique-se ao Juízo de origem.

Belém, data registrada no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora”

Agravo Interno ao ID 19740990 requerendo seja conhecido e provido o recurso, para reconsiderar e reformar 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.

Contrarrazões ao ID 19940872.

Proferi a **decisão monocrática** de ID 20750407 ao recurso de Agravo de Instrumento com a seguinte ementa:

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO DO CONSUMIDOR E SAÚDE SUPLEMENTAR. NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO E TRATAMENTO. NPLATE (ROMIPLOSTIM) 250MCG. ALEGAÇÃO DE USO DOMICILIAR FORA DA COBERTURA ROL TAXATIVO DA ANS. PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. IMPOSSIBILIDADE. EFEITO SUSPENSIVO PARCIALMENTE DEFERIDO.

1- Trata-se de Agravo de Instrumento interposto por UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra decisão que deferiu antecipação de tutela para cobertura de medicamento (NPLATE, romiplostim 250mcg) e tratamento na Clínica Oncológica do Brasil, não previstos contratualmente, sob alegação de que tal decisão contraria o rol taxativo da ANS e a legislação vigente.

2- A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça tem consolidado entendimento de que "havendo cobertura para a doença, conseqüentemente deverá haver cobertura para procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano, ainda que se trate de medicamento experimental."



3- No tocante ao tratamento na Clínica Oncológica do Brasil, a decisão foi reformada para que a agravada busque o tratamento na rede credenciada da agravante, em conformidade com a legislação que não impõe a obrigatoriedade de custeio de tratamento fora da rede credenciada, salvo em situações de urgência e emergência, não verificadas no caso.

4- Efeito suspensivo parcialmente deferido.

E DISPOSITIVO:

Diante do exposto, DOU PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO, apenas para suspender a decisão quanto ao tratamento da agravada na clínica ONCOLÓGICA DO BRASIL, devendo a recorrida buscar tratamento na rede credenciada da agravante, mantendo os demais termos da decisão agravada.

Determino, ainda, que a UNIMED, após escolha da agravada, encaminhe-a em 24h (vinte e quatro horas), para médico especialista da sua rede credenciada, para que esta não tenha que esperar longos períodos sem tratamento.

Publique-se. Intimem-se. Comunique-se ao Juízo de origem.

Belém, data registrada no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora

Inconformada a UNIMED DE BELÉM interpôs **AGRAVO INTERNO** no ID. 21331421, argumentando a ausência de preenchimento dos requisitos autorizadores da tutela de urgência e a violação ao entendimento da Lei Federal nº 9.656/98.

Alega que o fornecimento do medicamento para uso domiciliar não está coberto pelos planos de saúde, conforme estipulado pela ANS e pela legislação aplicável, que não prevê a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, salvo exceções específicas que não se aplicam ao caso.

A Unimed Belém sustenta ainda que a decisão monocrática proferida pelo relator é nula, por avocar competência recursal indevida e por violar o princípio da colegialidade das decisões.



Por fim, requer que o agravo interno seja conhecido e provido, para reconsiderar a decisão monocrática recorrida ou, alternativamente, que o recurso seja levado ao órgão colegiado para julgamento.

Sem contrarrazões (ID 21836627).

Juntou Preparo.

Vieram-me os autos conclusos.

É o relatório.

VOTO

VOTO

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço o presente recurso.

Em que pesem os argumentos expendidos no Agravo Interno interposto, resta evidenciado, das razões recursais apresentadas, que a parte Agravante não trouxe nenhum argumento novo capaz de infirmar a decisão hostilizada, razão pela qual deve esta ser mantida, por seus próprios fundamentos.

Assim, não assiste razão ao recorrente. Explico.

Com efeito, muito embora tenha o atual Código de Processo Civil inserido no ordenamento jurídico brasileiro nova regra a respeito do agravo interno, prevendo, a partir de sua vigência, ser vedado ao relator limitar-se à reprodução dos fundamentos da decisão agravada para julgar improcedente o agravo interno (CPC, art. 1.021, § 3º), na situação específica destes autos, tem-se por inviável ao julgador qualquer julgamento que se mostre alheio ao não provimento da insurgência com base nas razões de decidir lançadas quando da análise singular da matéria.

Imperioso ressaltar, que a vedação do art. 1.021, §3º do CPC está sendo mitigada pela jurisprudência que se consolida do Superior Tribunal de Justiça. Afinal, “A Corte Especial do Superior Tribunal de Justiça, ao interpretar o art. 1.021, §3º do CPC/2015, assentou que o dispositivo não impõe ao julgador a obrigação de reformular a decisão agravada para, em outros termos, reiterar seus fundamentos, notadamente diante da falta de argumento novo deduzido pela parte recorrente” – (Embargos de declaração no Agravo em Recurso Especial nº 980.631, Rel. Ministra Regina Helena Costa, DJE de 22.5.2017).

Pois bem.

Cinge-se a controvérsia recursal ao acerto ou não da decisão do juízo a quo que deferiu a tutela antecipada para que a agravante forneça o medicamento NPLATE (ROMIPLOSTIM) 250MCG e custeie o tratamento da agravada na Clínica Oncológica do Brasil.

A agravante argumenta que a decisão contraria o rol taxativo da ANS, o qual não inclui o tratamento pleiteado. Sustenta também que a cobertura de tratamento fora da rede credenciada não é obrigatória, destacando que possui rede própria que poderia fornecer o tratamento necessário.

Na hipótese, ante o deferimento do pedido autoral, que determinou o custeio do tratamento necessário a paciente, mediante o uso do NPLATE (ROMIPLOSTIM) 250MCG, conforme prescrição médica, a operadora do plano de saúde requer a suspensão desta decisão, sob o argumento de que a negativa se deu por se tratar de fármaco de uso domiciliar, não possuindo albergue legal e contratual pelo plano de saúde.

Sobre o assunto, importa ressaltar que o Superior Tribunal de Justiça já firmou entendimento no sentido de que, havendo cobertura para a doença, conseqüentemente deverá haver o custeio para o procedimento e/ou medicamento de que necessita o segurado, exigindo-se, para tanto, expressa indicação médica a recomendar a essencialidade e indispensabilidade do tratamento para a saúde do paciente.

Nesse sentido, colho alguns dos precedentes do STJ:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. INDEVIDA NEGATIVA DE COBERTURA. CONDUTA ABUSIVA . PRECEDENTES. SÚMULA N. 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. SÚMULA N. 83/STJ. QUANTUM INDENIZATÓRIO. FIXAÇÃO EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. DISPOSITIVOS TIDOS POR VIOLADOS. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N. 211/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. 1. O entendimento firmado no âmbito desta Corte Superior é no sentido de que "o plano de saúde



pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. Desse modo, entende-se ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário" (AgInt no REsp 1.453.763/ES, Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 1º/6/2020, DJe 15/6/2020) 2. De fato, "é pacífica a jurisprudência da Segunda Seção no sentido de reconhecer a existência do dano moral nas hipóteses de recusa injustificada pela operadora de plano de saúde, em autorizar tratamento a que estivesse legal ou contratualmente obrigada, por configurar comportamento abusivo" (AgInt no REsp n. 1.841.742/SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 1º/6/2020, DJe 4/6/2020). 3. Não há como afastar a premissa alcançada pelo acórdão quanto à configuração da falha na prestação do serviço hospitalar e o consequente dever de reparação moral na hipótese, sem proceder ao revolvimento do conteúdo fático- probatório dos autos, o que é vedado no âmbito do recurso especial, nos termos da Súmula n. 7/STJ.4. Segundo a orientação deste Tribunal, o quantum estabelecido pelas instâncias ordinárias pode ser revisto tão somente nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade, o que não se evidencia no presente caso, de modo que a sua revisão também encontra óbice na Súmula n. 7/STJ [...]. 6. Agravo interno improvido. (AgInt no AREsp 1704820/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/12/2020, DJe 18/12/2020).

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. CLÁUSULA ABUSIVA. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL. RECUSA INJUSTIFICADA. CARACTERIZAÇÃO. AGRAVO NÃO PROVIDO. 1. O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que, havendo cobertura para a doença, consequentemente deverá haver cobertura para procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano, ainda que se trate de medicamento experimental. Incidência da Súmula 83/STJ. 2. É abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de arcar com a cobertura do medicamento registrado na ANVISA e prescrito pelo médico, para o tratamento do beneficiário, ainda que se trate de fármaco off label, ou utilizado em caráter experimental. Precedentes. 3. Agravo interno a que se nega provimento.

(STJ - AgInt no REsp: 1793874 MT 2019/0030219-0, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 11/06/2019, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 26/06/2019 RSTJ vol. 255 p. 769)

No caso específico, observa-se que a autora/agravada juntou laudo médico (id 111848002 – autos de origem), assinado pela médica Dra. Giovana Ghlefond, CRM 17347/PA, no qual se relatou que a paciente tem diagnóstico de "PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPÁTICA (PTI) CRÔNICA REFRATÁRIA – CID 69.3" e listou as razões que fundamentam a indicação da terapêutica à segurada.

À luz dos argumentos aduzidos nos autos, constata-se que a própria operadora de saúde reconhece a cobertura para a patologia enfrentada pela autora. No entanto, a negativa no fornecimento do medicamento funda-se na circunstância de este ser administrado em ambiente domiciliar, e, conforme alega a operadora, tal modalidade de assistência não se encontrar prevista no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Entretanto, tal argumentação não se sustenta juridicamente. A ausência de previsão do tratamento (medicação de uso domiciliar) no rol de coberturas obrigatórias da ANS não desobriga o plano de saúde do dever de arcar com os custos necessários ao tratamento, conforme consolidado pela jurisprudência pertinente em casos semelhantes.

APELAÇÃO. CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. TROMBOCITOPENIA DECORRENTE DE TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO. MEDICAMENTO. NPLATE (ROMIPLOSTIM). REGISTRO NA ANVISA. RECUSA DE COBERTURA. ROL DA ANS EXEMPLIFICATIVO. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. 1. O Código de Defesa do Consumidor não incide nas relações jurídicas firmadas entre plano de saúde constituído sob a modalidade de autogestão e seus beneficiários, conforme o entendimento sumulado no verbete n. 608 do c. Superior Tribunal de Justiça. 2. Considera-se que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é meramente exemplificativo e não taxativo e, portanto, não esgota as terapias que devem ser cobertas pelas operadoras dos planos de saúde. Desta feita, o fato de o tratamento prescrito não estar no rol de coberturas obrigatórias da ANS não exime o plano de saúde da responsabilidade de custeá-lo. Precedentes. 3. Na hipótese, o autor foi diagnosticado com neoplasia maligna no encéfalo (CID C71.9) e, durante o tratamento, em decorrência das terapias antineoplásicas, com trombocitopenia grave (redução do número de plaquetas) e risco elevado de sangramentos. 4. Constatada a especificidade da situação e a necessidade do medicamento intravenoso Nplate 250mcg (romiplostim), prescrito para o autor por médico especialista, revela-se indevida a recusa da operadora de saúde em fornecer o fármaco indicado, que possui registro na ANVISA e recomendação de uso, segundo bula, para o tratamento da trombocitopenia. 5. A negativa de custeio de procedimento indispensável para o tratamento do quadro de saúde do autor pela operadora de plano de saúde, agravada pelo descumprimento da medida liminar deferida pelo Juízo de origem, sobeja o simples inadimplemento contratual, violando os direitos de personalidade do paciente, sobretudo no que se refere à sua saúde e integridade física, o que autoriza sua reparação civil por danos morais. 6. No tocante à pretensão de redução, em atenção às circunstâncias específicas que envolvem a lide e a anseios de razoabilidade que o Direito exige, bem assim analisando casuisticamente os autos, o valor fixado em R\$5.000,00 (cinco mil reais) é moderado. Precedentes. 7. Recurso conhecido e desprovido. Honorários majorados.

(TJ-DF 07269093420218070001 1424585, Relator: SANDRA REVES, Data de Julgamento: 18/05/2022, 2ª Turma Cível, Data de Publicação: 01/06/2022)

PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos materiais. Sentença de parcial procedência. Irresignação da ré. Autor portador de "Púrpura trombocitopênica Idiopática" (PTI). Negativa de custeio de tratamento com o medicamento Romiplostim (Nplate). Alegação de ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS. Recusa indevida. Medicamento registrado na ANVISA. Abusividade nos termos dos arts. 14 e 51, IV e § 1º do CDC. Incidência das Súmulas nº 100 e 102 do TJSP. Obrigação da ré de reembolsar o autor das quantias despendidas para a aquisição do medicamento. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO.

(TJ-SP - AC: 10236951720208260114 SP 1023695-17.2020.8.26.0114, Relator: Alexandre Marcondes, Data de Julgamento: 17/06/2021, 6ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 17/06/2021)

Neste aspecto, carece o agravante de provar a probabilidade de seu direito e em sendo cumulativos os requisitos deixo de aplicá-lo.

No que tange ao tratamento na Clínica Oncológica do Brasil, entende-se que a decisão agravada merece reforma. A legislação vigente e o contrato de prestação de serviços de saúde firmado entre as partes não impõem a obrigação de custeio de tratamentos fora da rede credenciada, especialmente quando há disponibilidade de serviços equivalentes na rede própria do plano de saúde.

Como sabemos, a atuação da iniciativa privada na área da saúde pública integra a saúde complementar, composta por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde, regulada e fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

De acordo com a Lei nº 9.656/98, que é a principal norma do setor no Brasil, o chamado Plano Privado de Assistência à Saúde é assim definido:

“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.”

Neste raciocínio, o usuário de plano de saúde está atrelado ao conjunto de profissionais, hospitais, clínicas, consultórios e laboratórios que fazem parte da cobertura de um plano de saúde.

No caso, a Clínica Oncológica do Brasil não é credenciada da UNIMED, estando a Ré/Agravada desobrigada a custear o tratamento em estabelecimento não credenciado.

Desta forma, a Segunda Seção do STJ, em apreciação aos embargos de divergência EAREsp 1.459.849-ES, Relator Min. Marco Aurélio Bellizze, pacificou o entendimento de que o reembolso das despesas efetuadas pelo usuário do plano de saúde fora da rede conveniada, só será possível excepcionalmente, nos casos de urgência e emergência, em que não se afigurar possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a empresa de plano de saúde, mediante reembolso, responsabiliza-se pelas despesas médicas expendidas pelo contratante em tais condições, limitada, no mínimo, aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.



Neste aspecto, a utilização de serviços médicos fora da rede credenciada está garantida apenas em casos de urgência e emergência, ocasião em que o paciente fará jus ao reembolso.

Neste sentido, transcrevo precedente do TJPA:

EMENTA: RECURSO DE AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO MONOCRÁTICA QUE INDEFERIU O PEDIDO DE EFEITO SUSPENSIVO, NOS TERMOS DO ART. 1.019, I DO NCP. PLANO DE SAÚDE. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. TRANSPLANTE RENAL. MÉDICO E HOSPITAL NÃO CREDENCIADOS. AUSÊNCIA DE COBERTURA. REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO EM HOSPITAL FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO. LIMINAR. URGÊNCIA OU IMPOSSIBILIDADE DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PELA REDE CONVENIADA NÃO DEMONSTRADAS. MANUTENÇÃO DO INDEFERIMENTO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

1. É possível a realização de procedimentos médicos em hospitais não credenciados ou fora da área de abrangência do plano, apenas quando demonstrada a urgência ou a impossibilidade de prestação do serviço pela rede conveniada por falta de capacitação do corpo médico ou de recusa de atendimento, o que não restou demonstrado pelo autor, ora agravante, no caso concreto.

2. A ausência de previsão no plano de saúde contratado, do qual o agravante é beneficiário, de atendimento através de livre escolha de hospitais e médicos, mas tão-somente através da rede referenciada, impede a concessão da tutela de urgência pleiteada.

3. Decisão mantida.

4. Recurso conhecido e desprovido.

(TJPA. AI N. 0800199-95.2018.8.14.0000. RELATORA DESA. MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO. JULGADO EM 15/04/2019. 1 TURMA DE DIREITO PRIVADO. PUBLICADO EM 12/06/2019).

Sobre o tema, transcrevo também precedente do C. STJ, in verbis:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO COMINATÓRIA. DISSONÂNCIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 568/STJ.

1. Ação cominatória cumulada com pedido de indenização por danos materiais, fundada na negativa de reembolso das despesas decorrentes de exames e internação emergencial realizada no Hospital Sírio Libanês.

2. O beneficiário de plano de saúde que escolhe hospital privado da capital e de alto custo para realização do tratamento, ainda que emergencial, da sua doença, tem o respectivo ônus financeiro de custear o pagamento das despesas decorrentes de sua opção. Nesses contornos, a operadora do plano de saúde contratado tem o dever de reembolsar os valores nos limites do que foi estabelecido contratualmente. O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com

assistência à saúde deve ser permitido quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, sendo as hipóteses de urgência e emergência apenas exemplos (e não requisitos) dessa segurança contratual dada aos consumidores. Precedentes. Ante o entendimento dominante do tema nas Turmas de Direito Privado, mantém-se a aplicação, no particular, da Súmula 568/STJ.

3. Agravo interno não provido.

(AglInt nos EDcl no AREsp 1576990/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/02/2020, DJe 19/02/2020)

Resta evidente, com relação ao tratamento fora da rede credenciada, que estão preenchidos os requisitos autorizadores para a concessão do efeito suspensivo, tendo em vista de dano grave, de difícil ou impossível reparação, pois a UNIMED custeará tratamento ao qual não está obrigada, havendo ainda a probabilidade do direito, conforme legislação e jurisprudência ao norte transcrita.

No entanto, deverá a UNIMED, após escolha da agravada, encaminhar a agravada em 24h (vinte e quatro horas), para médico especialista da sua rede credenciada, para que esta não tenha que esperar longos períodos sem tratamento.

Ainda, disponibilizar de imediato a medicação para o tratamento da Agravada.

Assim, em que pesem os argumentos expendidos no Agravo Interno interposto, resta evidenciado, das razões recursais apresentadas, que a parte Agravante não trouxe nenhum argumento novo capaz de infirmar a decisão hostilizada, razão pela qual deve esta ser mantida, por seus próprios fundamentos.

Logo, voto por negar provimento ao recurso da parte agravante.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, **CONHEÇO e NEGO PROVIMENTO** ao recurso de **AGRAVO INTERNO**, mantendo a decisão recorrida tal como lançada nos autos.

É como voto.

Belém (PA), data do julgamento registrado no sistema.

MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

Desembargadora Relatora

Belém, 01/10/2024



Este documento foi gerado pelo usuário 218.***.***-20 em 03/10/2024 12:27:52

Número do documento: 24100311032656700000021761655

<https://pje.tjpa.jus.br:443/pje-2g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24100311032656700000021761655>

Assinado eletronicamente por: MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE - 03/10/2024 11:03:26