29/04/2025

Número: **0816961-79.2024.8.14.0000**

Classe: **AGRAVO DE INSTRUMENTO**
Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**
Órgão julgador: **Desembargador AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES**
Última distribuição : **10/10/2024**
Valor da causa: **R$ 14.120,00**
Processo referência: **0876678-89.2024.8.14.0301**
Assuntos: **Serviços Hospitalares, Liminar**
Nível de Sigilo: **0 (Público)**
Justiça gratuita? **NÃO**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (AGRAVANTE)	DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
ELEONOR FIQUENI (AGRAVADO)	

Documentos			
Id.	**Data**	**Documento**	**Tipo**
26448604	28/04/2025 14:05	Acórdão	Acórdão

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) - 0816961-79.2024.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

AGRAVADO: ELEONOR FIQUENI

RELATOR(A): Desembargador AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES

EMENTA

ACÓRDÃO Nº _____DJE:____/_____/_____

PODER JUDICIÁRIO

2ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO N° 0816961-79.2024.8.14.0000

COMARCA DE ORIGEM: BELÉM

AGRAVANTE: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

ADVOGADO: NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES – OAB/PA 15.201-A

AGRAVADO: JOCILENE CRISTINA DE OLIVEIRA BRANDAO DA SILVA

ADVOGADO: GABRIEL ROCHA MOTTA – OAB/PA 24.961

RELATOR: DESEMBARGADOR AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES

EMENTA: DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MATERIAL CIRÚRGICO. PROCEDIMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO ASSISTENTE. ROL DA ANS. TUTELA DE URGÊNCIA. DECISÃO MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

Agravo interno interposto por operadora de plano de saúde contra decisão monocrática que

manteve a concessão de tutela de urgência em primeiro grau, determinando o fornecimento de materiais cirúrgicos para implante de marcapasso bicameral, conforme prescrição do médico assistente, diante da gravidade do quadro clínico da parte autora.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em verificar se a negativa de cobertura de materiais cirúrgicos prescritos para tratamento de enfermidade coberta contratualmente, com base em parecer de junta médica da operadora, é legítima frente à indicação do médico responsável pelo tratamento.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência do STJ reconhece como abusiva a cláusula contratual que restringe o custeio de materiais e procedimentos indispensáveis ao tratamento de doença coberta, ainda que não incluídos no rol da ANS.

4. A Lei nº 14.454/2022 reforçou o caráter exemplificativo do rol de procedimentos da ANS, permitindo a cobertura de tratamentos fora do rol quando presentes os critérios legais.

5. O Código de Defesa do Consumidor aplica-se aos contratos de plano de saúde, devendo prevalecer o princípio da boa-fé objetiva, a função social do contrato e o direito à saúde sobre cláusulas restritivas.

6. A prescrição médica prevalece sobre o parecer de junta médica da operadora, sendo ilegítima a negativa de cobertura diante da comprovação da necessidade do tratamento e dos riscos à saúde da paciente.

7. Presentes os requisitos da tutela de urgência (probabilidade do direito e perigo de dano), nos termos do art. 300 do CPC, sendo incabível a suspensão da medida.

IV. DISPOSITIVO E TESE

8. Recurso conhecido e desprovido.

Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde não pode recusar o fornecimento de materiais cirúrgicos prescritos para tratamento de enfermidade coberta contratualmente, ainda que não incluídos no rol da ANS, quando presentes a indicação médica, a eficácia do procedimento e o risco de agravamento do quadro clínico do paciente.

2. A aplicação do Código de Defesa do Consumidor impõe o respeito à prescrição médica como parâmetro de cobertura obrigatória, sendo abusiva a negativa de cobertura fundada apenas em diretrizes administrativas da operadora.

A C Ó R D Ã O

Vistos, relatados e discutidos,

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores membros componentes da Colenda 2ª Turma de Direito Privado do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará, por unanimidade de votos, em conhecer e negar provimento ao Recurso, nos termos do voto relatado pelo Exmo. Desembargador Relator Amilcar Guimarães.

Sessão Ordinária – Plenário Virtual - Plataforma PJe com início às 14:00 h do dia ___ de _____

de 2025, presidida pelo Exmo. Des. Ricardo Ferreira Nunes, em presença do Exmo. Representante da Douta Procuradoria de Justiça.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO., inconformado com a decisão monocrática de id. 23438903 que negou provimento ao recurso de Agravo de Instrumento, assim ementado:

“EMENTA: DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. FORNECIMENTO DE MATERIAL CIRÚRGICO. PLANO DE SAÚDE. ROL DA ANS. TUTELA DE URGÊNCIA. DEFERIMENTO. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo de Instrumento interposto contra decisão que deferiu tutela de urgência, determinando que a operadora de plano de saúde fornecesse materiais cirúrgicos específicos para tratamento de problemas de arritimia e bloqueio Atrioventricular, sob pena de multa diária.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em verificar se a operadora de plano de saúde é obrigada a fornecer materiais cirúrgicos que não constam no rol de cobertura obrigatória da ANS e se estão presentes os requisitos para a concessão da tutela de urgência.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência pacífica do STJ afirma ser abusiva a recusa do plano de saúde em fornecer materiais necessários para o tratamento de doença coberta pelo contrato, ainda que tais itens não constem no rol da ANS.

4. A decisão agravada está em consonância com o laudo médico que aponta a necessidade dos materiais prescritos, e os elementos dos autos demonstram a presença dos requisitos para a tutela antecipada, previstos no art. 300 do CPC: probabilidade do direito e perigo de dano.

IV. DISPOSITIVO E TESE

5. Recurso conhecido e desprovido.

Tese de julgamento: "A operadora de plano de saúde não pode recusar o fornecimento de materiais cirúrgicos prescritos para tratamento de doença coberta, devendo oferecer o melhor tratamento ao paciente".

Em breve histórico, nas razões recursais de id. 24394919, a parte agravante defende que, nenhum ato ilícito foi praticado pela Operadora.

Alega que o médico auditor, utilizando-se de conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão, realizou análise de todo o quadro do demandante e emitiu parecer desfavorável ao seu médico assistente.

Afirma que a negativa de cobertura para o procedimento requerido se deu em consonância com o disposto nas normas que regulamentam o setor de planos de saúde, mormente os dispositivos da Lei 9.656/1998 c/c arts. 17 da RN 465/2021/ANS, que estabelece o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, inexistindo, portanto, ilicitude na negativa do procedimento, uma vez que sua cobertura não é prevista em lei, tampouco no contrato.

Ao final, pugna pelo provimento do recurso a fim de que seja reformada a decisão guerreada.

Contrarrazões ofertadas no id. 25718718, onde se pugna pelo desprovimento do recurso.

É o breve relatório com apresentação em pauta de julgamento, para a Sessão Ordinária – Plenário Virtual - Plataforma PJe com início às 14:00 h, do dia ___ de _____ de 2025.

VOTO

O presente recurso é cabível, visto que foi apresentado tempestivamente, por quem detém interesse recursal e legitimidade, tendo sido firmado por advogado legalmente habilitado nos autos.

Tendo sido preenchidos os pressupostos recursais intrínsecos e extrínsecos, conheço do presente recurso.

O cerne da controvérsia recursal diz respeito à decisão monocrática de minha lavra que manteve a decisão interlocutória de primeiro grau que deferiu a tutela de urgência, no sentido de determinar que o plano de saúde requerido, autorize o fornecimento dos materiais cirúrgicos na quantidade solicitada pelo médico especialista que acompanha a autora e realize a cirurgia para implante de marcapasso bicameral, bem como os desdobramentos deste procedimento ou outros, incluindo materiais, honorários, medicamentos, equipamentos e exames tudo conforme prescrição dos médicos enquanto vigente o contrato.

Nos termos do art. 300, caput, do CPC: "A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo".

O art. 300 do CPC/2015 é expresso no que se refere aos requisitos necessários à concessão da tutela de urgência, sendo o propósito desta evitar o fomento de consequências indesejáveis enquanto não julgado o mérito do processo, devendo ter relevância o fundamento recursal.

A situação analisada envolve contrato de plano de saúde e, por isso, sujeita-se às disposições do

Código de Defesa do Consumidor, consoante entendimento já consolidado no âmbito do Superior Tribunal de Justiça:

Súmula 469 -"Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

Súmula 608 - “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Da análise dos autos, se verifica que a parte demandante, ora agravada, necessita realizar uma cirurgia para implante de marcapasso bicameral, tendo em vista do quadro grave de saúde da Autora, onde foi solicitado os seguintes materiais: Fio Guia T Ponta J, Eletrodo SelectSecure MRI Surescan, Bainha C315 415 – 01 U, Cateter Quadripolar e Cabo Conector 4 Pinos, ante a imprescindibilidade destes para o implante na autora, consoante laudo médico de id. 127418951.

Não se perca de vista que o Superior Tribunal de Justiça pacificou o entendimento de que se aplica o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde (Súmula 608).

Não se comprovou que o plano do autor exclua o tratamento da doença, razão pela qual não podem ser excluídos todos os procedimentos, exames, materiais e medicamentos necessários ao tratamento, havendo a justificação do material solicitado, eis que há impossibilidade do implante de marcapasso bicameral, sem a utilização do material solicitado por se tratar de estimulação fisiológica visando acesso direto ao sistema de condução cardíaca (ramo esquerdo ou porção septal de ramo esquerdo) e tal acesso necessita de cateter de eletrofisiologia e conector para mapeamento de potenciais de ramo de feixe HIS e/ou Ramo Esquerdo e Fio Guia e Bainha para adequado posicionamento e sustentação do eletrodo durante implante (id. 127418951).

O mesmo Tribunal Superior tem entendimento que: "o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, é inviável vedar o procedimento por radiofrequência pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta" (REsp 668.216/SP, Rel. Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, TERCEIRA TURMA, julgado em 15.03.2007, DJ 02.04.2007 p. 265), bem como que: "se o contrato de plano de saúde prevê a cobertura de determinado tratamento, não podem ser excluídos os procedimentos imprescindíveis para o seu êxito" (AgRg no AREsp 35.266/PE, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 18/10/2011, DJe 07/11/2011).

Neste sentido, merece destaque os seguintes trechos da decisão ora agravada:

“Nesse contexto, e restando informado e justificado o material a ser usado na cirurgia, é indevida a sua recusa, tão somente pelo fato da negativa de cobertura do material pelo plano de saúde estar fundada em parecer divergente da junta médica, que não pode mitigar a prescrição feita pelo médico que acompanha a parte autora.

A conduta da operadora não se sustenta, uma vez que é contrária à boa-fé, violando os preceitos estabelecidos nos artigos 422 e 424 do CC, bem como as normas consumeristas, pois coloca a parte autora em exagerada desvantagem, retirando-lhe a perspectiva de realizar procedimento cirúrgico imprescindível ao tratamento da arritmia e bloqueio atrioventricular, com a utilização de material cirúrgico tido por indispensável pelo médico que acompanha o caso.

Ultrapassado tal ponto, veja-se que a Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, prevê, em seu art. 35-C, incisos I e II, que é obrigatória a cobertura do atendimento nas situações de emergência ou urgência, caso dos autos. Assim prevê

o dispositivo:

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009) (...)

Atente-se que o fato de o procedimento prescrito não preencher os requisitos previstos pelas Diretrizes de Utilização (DUT) não obsta sua cobertura, notadamente, quando indispensável para promover a cura da doença ou, ao menos, garantir a melhora na qualidade de vida da paciente.

Ademais, houve recentes alterações na Lei 9.656/98, em virtude da publicação da Lei Federal nº 14.454, de 21/09/2022, no sentido de estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, reforçando o caráter exemplificativo da lista da ANS.

Senão, vejamos os recém-inseridos §§ 12 e 13 do art. 10, do citado diploma legal:

Art. 10 (omissis)

§ 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:

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.

Para além disso, remontando ao caso específico, o STJ já decidiu que é indevida a recusa de materiais cirúrgicos necessários a enfermidade coberta pelo plano.

Neste sentido vejamos:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REALIZAÇÃO DE PERÍCIA. DESNECESSIDADE. CERCEAMENTO DE DEFESA. VERIFICAÇÃO. REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. FORNECIMENTO DE MATERIAIS INERENTES A ATO CIRÚRGICO. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. DANOS MORAIS. COMPROVADOS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. QUANTUM INDENIZATÓRIO. PROPORCIONALIDADE. REVISÃO. SÚMULA N. 7 DO STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA.

AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. O magistrado é o destinatário das provas, cabendo-lhe apreciar a necessidade de sua produção, sendo soberano para formar seu convencimento e decidir fundamentadamente, em atenção ao princípio da persuasão racional. 2. Rever a convicção formada pelo tribunal de origem acerca da prescindibilidade de produção da prova técnica requerida demandaria reexame do conjunto fático-probatório, o que é vedado em recurso especial, devido ao óbice da Súmula n. 7 do STJ. 3. É devida a cobertura pelas operadoras dos planos de saúde de próteses e materiais diretamente ligados ao ato cirúrgico. 4. Aplica-se a Súmula n. 7 do STJ ao caso em que o acolhimento da tese defendida no recurso especial relativa aos danos morais reclamar a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda. 5. A revisão pelo STJ da indenização arbitrada a título de danos morais exige que o valor tenha sido irrisório ou exorbitante, fora dos padrões de razoabilidade. 6. A incidência de óbices sumulares quanto à interposição pela alínea a do permissivo constitucional impede o conhecimento do recurso especial pela divergência jurisprudencial sobre a mesma questão. 7. Agravo interno desprovido (STJ - AgInt no AREsp: 2570692 SP 2024/0054045-6, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 03/06/2024, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 06/06/2024)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO DE CÂNCER (CITORREDUÇÃO CIRÚRGICA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL CHEMOTERAPY). RECUSA ABUSIVA. PRECEDENTES DO STJ. DANOS MORAIS. REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA N. 7/STJ. VALOR. RAZOABILIDAE E PROPORCIONALIDADE. 1. Nos termos da jurisprudência pacífica desta Corte, o rol de procedimentos editado pela ANS não pode ser considerado meramente exemplificativo. Contudo, a natureza taxativa ou exemplificativa do aludido rol não se aplica à análise do dever de cobertura de medicamentos/procedimentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução da ANS.2. No caso, trata-se de procedimentos para tratamento de câncer (citorredução cirúrgica com quimioterapia intraperitoneal "Chemoterapy"), hipótese em que a jurisprudência é assente no sentido de que o fornecimento é obrigatório. Precedentes.3. A jurisprudência desta Corte é firme no sentido de que "a recusa injustificada de cobertura de tratamento de saúde enseja danos morais em razão do agravamento da aflição e angústia do segurado que já se encontra com sua higidez físico-psicológica comprometida em virtude da enfermidade"(AgInt nos EDcl no REsp n. 1.963.420/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 14/2/2022, DJe de 21/2/2022).4. Hipótese em que o Tribunal de origem concluiu pela existência de danos morais indenizáveis. Alterar esse entendimento demandaria o reexame de provas, inviável em recurso especial por esbarrar no óbice da Súmula n. 7/STJ.5. Não se mostra exorbitante o quantum indenizatório fixado pelo TJPE em R$ 20.000,00.Agravo interno improvido (STJ - AgInt no REsp: 2102534 PE 2023/0368483-7, Relator: Ministro HUMBERTO MARTINS, Data de Julgamento: 26/02/2024, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 29/02/2024)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. PRÓTESES, ÓRTESES E MATERIAIS LIGADOS A ATOS CIRÚRGICOS. CONTRATOS ANTIGOS E NÃO ADAPTADOS. RESTRIÇÃO CONTRATUAL. ABUSIVIDADE. DANO MORAL COLETIVO. OCORRÊNCIA. CONDUTA DESARRAZOADA. CLÁUSULA ILÍCITA. ENTENDIMENTO JURISPRUDENCIAL PACÍFICO À ÉPOCA. PREJUÍZO À COLETIVIDADE DE IDOSOS. MAGNITUDE DA LESÃO. CONFIGURAÇÃO. 1. O dano moral coletivo, compreendido como o resultado de uma lesão à esfera extrapatrimonial de determinada comunidade, se dá quando a conduta agride, de modo totalmente injusto e intolerável, o ordenamento jurídico e os valores éticos fundamentais da sociedade em si considerada, a provocar repulsa e indignação na consciência coletiva (arts. 1º da Lei nº 7.347/1985, 6º, VI, do CDC e 944 do CC, bem como Enunciado nº 456 da V Jornada de Direito Civil). 2. Não basta a mera infringência à lei ou ao contrato para a caracterização do dano moral coletivo. É essencial que o ato antijurídico praticado atinja alto grau de reprovabilidade e transborde os lindes do

individualismo, afetando, por sua gravidade e repercussão, o círculo primordial de valores sociais. Com efeito, para não haver o seu desvirtuamento, a banalização deve ser evitada. 3. A jurisprudência pacífica deste Tribunal Superior, desde longa data, sempre foi no sentido de se mostrar abusiva, com base no CDC, a cláusula restritiva de plano de saúde, ainda que não adaptado, ou seja, contrato antigo (anterior à Lei nº 9.656/1998), que prevê o não custeio de prótese, órtese ou material diretamente ligado ao procedimento cirúrgico ao qual se submete o consumidor. 4. Na hipótese, aplicando-se a legislação consumerista, não havia dúvida jurídica razoável quanto à abusividade da negativa de cobertura de órteses e próteses ligadas a ato cirúrgico nos contratos de assistência à saúde anteriores à edição da Lei nº 9.656/1998, de forma que a operadora, ao ter optado pela restrição contratual, ainda mais em se tratando de consumidores com saúde fragilizada, boa parte idosos, incorreu em prática socialmente execrável, atingindo, de modo injustificável, a esfera moral da comunidade. 5. Caracteriza-se o dano moral coletivo quando houve intenção deliberada da demandada em violar o ordenamento jurídico com vistas a obter lucros predatórios em detrimento dos interesses transindividuais dos usuários de plano de saúde. 6. Agravo interno não provido (STJ - AgInt no REsp: 1819070 SP 2019/0042862-2, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 13/05/2024, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 15/05/2024)

De modo que, havendo indicação médica para implante de marcapasso bicameral, não cabe a operadora negar a cobertura de material cirúrgico, sob o argumento de que não constam nos procedimento elencados no anexo I da Resolução Normativa 465/2001 da ANS.

No mesmo sentido, os seguintes arestos deste TJPA:

EMENTA: PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE FORNECIMENTO DE MATERIAIS E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO INDICADO PELO MÉDICO ASSISTENTE (REMOÇÃO DE TUMOR BENIGNO NO TERCEIRO DEDO DO PÉ ESQUERDO). LIMINAR QUE DEFERE O PEDIDO DO AUTOR, DETERMINANDO QUE O REQUERIDO AUTORIZE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, COM TODOS OS MATERIAIS NECESSÁRIOS À PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA, SOB PENA DE MULTA. RECUSA DO PLANO DE SAÚDE QUE NÃO SE JUSTIFICA. BENEFÍCIO DO CONSUMIDOR. DECISÃO MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. I- Recusar a cobertura dos instrumentos imprescindíveis à cirurgia, consentida pelo plano, é recusar o objeto do próprio contrato celebrado entre as partes. Não se pode negar ao consumidor o direito à adequada cirurgia, assim como os elementos que compõem tal procedimento, sob pena de quebra dos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, além do dever lateral de colaboração que deve nortear as relações contratuais, de modo que inadmissível a recusa na liberação do material, tal como realizada. II- RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO, MANTENDO A DECISÃO AGRAVADA EM TODOS OS SEUS TERMOS (TJ-PA - AGRAVO DE INSTRUMENTO: 08012247020238140000 17854926, Relator: GLEIDE PEREIRA DE MOURA, Data de Julgamento: 23/01/2024, 2ª Turma de Direito Privado).

EMENTA: DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. FORNECIMENTO DE MATERIAL CIRÚRGICO. PLANO DE SAÚDE. ROL DA ANS. TUTELA DE URGÊNCIA. DEFERIMENTO (TJ-PA - AGRAVO DE INSTRUMENTO: 08183130920238140000 22763549, Relator: LEONARDO DE NORONHA TAVARES, 1ª Turma de Direito Privado)

EMENTA: RECURSO INOMINADO. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DO TRATAMENTO INDICADO PELO MÉDICO. PRECEDENTE DO STJ. ROL EXEMPLIFICATIVO DA ANS. DANO MORAL CONFIGURADO. VALOR ADEQUADO. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO (TJ-PA - RECURSO INOMINADO CÍVEL: 08577794820218140301 22284120, Relator: SHERIDA KEILA PACHECO TEIXEIRA BAUER, 2ª Turma Recursal Permanente dos Juizados Especiais).

Assim, em que pese a insurgência da ora agravante, observa-se que o Juízo a quo ao conceder a

tutela provisória de urgência, acertadamente vislumbrou a presença dos elementos que evidenciam a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo, por se tratar de doença grave, em que a falta de tratamento pode agravar a situação ou inviabilizar a melhora do paciente.

No caso, a discordância da operadora do plano de saúde não é apta a sobrepor à indicação do profissional que acompanha o beneficiário e sabe de seu real quadro clínico.

Logo, o risco para a agravante é meramente econômico, enquanto para o autor o risco está na sua saúde e vida, caracterizando o periculum in mora inverso, na medida em que a suspensão dos efeitos da decisão agravada poderá acarretar grave lesão à parte autora.

Portanto, estando presentes os requisitos que autorizam a antecipação de tutela na origem, escorreita a decisão do juízo a quo que deferiu a tutela de urgência para determinar que a requerida forneça e custeie o tratamento indicado pelo médico da parte autora".

Outrossim, a Diretriz de Utilização (DUT) deve ser entendida apenas como elemento organizador da prestação farmacêutica, de insumos e de procedimentos no âmbito da Saúde Suplementar, não podendo a sua função restritiva inibir técnicas diagnósticas essenciais ou alternativas terapêuticas ao paciente, sobretudo quando já tiverem sido esgotados tratamentos convencionais e existir comprovação da eficácia da terapia à luz da medicina baseada em evidências.

Neste sentido vejamos o recente julgado do Superior Tribunal de Justiça:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. ROL DA ANS. NATUREZA JURÍDICA. PRESSUPOSTOS DE SUPERAÇÃO. CRITÉRIOS DA SEGUNDA SEÇÃO. LEGISLAÇÃO SUPERVENIENTE. IRRETROATIVIDADE. CARÁTER INOVADOR. TRATAMENTO CONTINUADO. APLICAÇÃO EX NUNC. NEOPLASIA MALIGNA. EXAME DE PET-SCAN. DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT). MERO ELEMENTO ORGANIZADOR DA PRESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS. EFEITO IMPEDITIVO DE TRATAMENTO ASSISTENCIAL. AFASTAMENTO. 1 . Tratam os autos da interpretação do alcance das normas definidoras do plano referência de assistência à saúde, também conhecido como Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sobretudo com relação às Diretrizes de Utilização (DUT). 2. Quando do julgamento dos EREsps nºs 1.886 .929/SP e 1.889.704/SP, a Segunda Seção desta Corte Superior uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios. 3 . A Lei nº 14.454/2022 promoveu alteração na Lei nº 9.656/1998 (art. 10, § 13) para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar . 4. Com a edição da Lei nº 14.454/2022, o Rol da ANS passou por sensíveis modificações em seu formato, suplantando a eventual oposição rol taxativo/rol exemplificativo. 5 . A superveniência do novo diploma legal (Lei nº 14.454/2022) foi capaz de fornecer nova solução legislativa, antes inexistente, provocando alteração substancial do complexo normativo. Ainda que se quisesse cogitar, erroneamente, que a modificação legislativa havida foi no sentido de trazer uma "interpretação autêntica", ressalta-se que o sentido colimado não vigora desde a data do ato interpretado, mas apenas opera efeitos ex nunc, já que a nova regra modificadora ostenta caráter inovador. 6 . Em âmbito cível, conforme o Princípio da Irretroatividade, a lei nova não alcança fatos passados, ou seja, aqueles anteriores à sua vigência. Seus efeitos somente podem atingir fatos presentes e futuros, salvo previsão expressa em outro sentido e observados o ato jurídico perfeito, a coisa julgada e o direito adquirido. 7. Embora a lei nova não possa, em regra, retroagir, é possível a sua aplicação imediata, ainda mais em contratos de trato sucessivo. Assim, nos tratamentos de caráter continuado, deverão ser observadas, a partir da sua vigência, as inovações trazidas pela Lei nº 14.454/2022, diante da aplicabilidade imediata da lei nova. Aplicação também do Enunciado nº 109 das Jornadas de Direito da Saúde, ocorridas sob a

coordenação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). 8 . Mantém-se a jurisprudência da Segunda Seção do STJ, que uniformizou a interpretação da legislação da época, devendo incidir aos casos regidos pelas normas que vigoravam quando da ocorrência dos fatos, podendo a nova lei incidir, a partir de sua vigência, aos fatos daí sucedidos. 9. A Diretriz de Utilização (DUT) deve ser entendida apenas como elemento organizador da prestação farmacêutica, de insumos e de procedimentos no âmbito da Saúde Suplementar, não podendo a sua função restritiva inibir técnicas diagnósticas essenciais ou alternativas terapêuticas ao paciente, sobretudo quando já tiverem sido esgotados tratamentos convencionais e existir comprovação da eficácia da terapia à luz da medicina baseada em evidências. 10 . Na hipótese, aplicando-se os parâmetros definidos para a superação, em concreto, da taxatividade do Rol da ANS (que são similares à inovação trazida pela Lei nº 14.454/2022, conforme também demonstra o Enunciado nº 109 das Jornadas de Direito da Saúde), verifica-se que a autora faz jus à cobertura pretendida de realização do PET-SCAN (ou PET-CT), ainda mais em se tratando de exame vinculado a tratamento de câncer. 11. Recurso especial não provido (STJ - REsp: 2057897 SP 2023/0077970-4, Relator.: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 24/04/2024, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 08/05/2024).

Destarte, a jurisprudência é pacífica no sentido de que é abusiva a cláusula que exclua da cobertura o custeio dos procedimentos e técnicas indicadas como necessárias para o tratamento do paciente, colocando o consumidor em desvantagem exagerada.

Também não merece vingar o argumento de que o procedimento não deve ser custeado por não estar inserido no rol de procedimentos obrigatórios e por não atender às Diretrizes de Utilização - DUT, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Com efeito, o rol da ANS se presta a estabelecer parâmetros mínimos quanto aos procedimentos que devem ser assegurados aos beneficiários e não a limitar as obrigações dos planos de saúde. Vale dizer, aludido rol é exemplificativo e sem o condão de restringir eventuais tratamentos prescritos pelo médico responsável, sendo totalmente imprópria a negativa de cobertura de tratamento com base nesse fundamento.

Neste sentido a Súmula 102 do eg. TJSP que assim dispõe:

"Súmula 102. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS".

Outrossim, é pacífico o entendimento jurisprudencial no sentido de que compete, exclusivamente, ao profissional médico a indicação de tratamento para o paciente e não a junta médica do plano de saúde.

Não se discute que a operadora do plano de saúde queira evitar o desequilíbrio do cálculo atuarial, porém o consumidor não tem controle sobre as situações graves, de modo que admitir a recusa ao tratamento implica, na prática, em esvaziar o conteúdo do contrato, frustrando-lhe a finalidade.

Cabe salientar, por oportuno, que o princípio pacta sunt servanda sofre nítida limitação pela natureza do contrato e sua celebração por adesão. Afinal, o consumidor, por sua hipossuficiência técnica, não pode antever, no momento da contratação, quais tratamentos lhe serão úteis, razão pela qual a expressão de sua autonomia contratual é limitada.

Destarte, a função social do contrato (art. 421 do Código Civil) impõe que se faça a releitura liberal do paradigma, a fim de compatibilizá-lo com a natureza dos contratos de consumo e com a relevância dos bens jurídicos por eles tutelados.

Em relação a nenhuma outra atividade se verifica maior fragilidade do que naquela entre Plano de Saúde e seus clientes.

A propósito, leciona NELSON NERY JÚNIOR ("Código Brasileiro de Defesa do Consumidor", São Paulo: Forense Universitária, 9ª ed., p. 581): "Quem quer contratar plano de saúde quer cobertura total, como é obvio. Ninguém paga plano de saúde para, na hora em que adoecer, não poder ser atendido. De outro lado, se o fornecedor desse serviço exclui de antemão determinadas moléstias, cujo tratamento sabe dispendioso, estará agindo com má-fé, pois quer receber e não prestar o serviço pretendido pelo consumidor".

Portanto, deve ser garantido àquele que cumpriu a prestação pactuada a disponibilização do melhor serviço, somente alcançada, nesta hipótese, com o fornecimento do tratamento específico vindicado.

Importante destacar que a Constituição Federal garantiu, no seu artigo 6º, o direito à saúde e, assim, este deve prevalecer sobre eventuais limitações contratuais.

Daí porque se revela inadmissível a recusa da operadora do plano de saúde em assumir os gastos com as cirurgias e/ou materiais cirúrgicos solicitadas pelos profissionais médicos que acompanham a autora, sobre o argumento de que foi contraindicado pela sua junta médica ou porque não está inserido no rol de procedimentos obrigatórios e, por não atender às Diretrizes de Utilização - DUT, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

ISTO POSTO, VOTO NO SENTIDO DE **CONHECER** e **DESPROVER** O RECURSO INTERPOSTO, MANTENDO-SE INCÓLUME A DECISÃO GUERREADA.

Ressalto que a Petição de Agravo Interno é de idêntico teor da que foi objeto de análise pela decisão monocrática, de modo que, não apenas violou o dever de impugnação específica, como também configurou expediente protelatório, a exigir a imposição de multa.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal é firme no sentido de que se revela protelatório o agravo interno que se limita a aduzir aquilo que já constava dos autos e que foi devidamente repelido pela decisão agravada, sem nada acrescentar, senão vejamos:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM AGRAVO INTERNO EM RECLAMAÇÃO. AUSENTES OS PRESSUPOSTOS DE EMBARGABILIDADE. AGRAVO INTERNO PROTELATÓRIO. MULTA APLICADA. SUSPENSÃO. GRATUIDADE DE JUSTIÇA. (...) 3. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal é firme no sentido de que se revela protelatório o agravo interno que se limita a aduzir aquilo que já constava dos autos e que foi devidamente repelido pela decisão agravada, sem nada acrescentar (...) (STF - Rcl: 48633 RS 0058512-52.2021.1.00.0000, Relator: ROBERTO BARROSO, Data de Julgamento: 11/11/2021, Primeira Turma, Data de Publicação: 01/12/2021)

Assim, considerando que a parte recorrente foi devidamente advertida no id. 23438903 - Pág. 7, fixo a imposição de multa no importe de 5% do valor atualizado da causa, em razão do caráter protelatório do presente recurso, nos termos do art. 1.021, §4º, do CPC. Ficando a interposição de qualquer outro recurso condicionada ao depósito prévio do valor da multa.

Advirto ainda as partes, com base no art. 6º do CPC que, a matéria foi analisada com base nas alegações pertinentes à análise do caso, pois o juiz não está obrigado a responder todas as alegações das partes, quando já tenha encontrado motivo suficiente para fundamentar a decisão, nem se obriga a ater-se aos fundamentos indicados por elas e tampouco responder um a um todos os seus argumentos, motivo pelo qual, eventuais embargos de declaração poderão ser considerados protelatórios, sujeitando-se as partes à eventual condenação ao pagamento da multa prevista no art. 1.026, § 2º, do CPC.

É O VOTO

Sessão Ordinária – **Plenário Virtual** - Plataforma PJe com início às 14:00 h., do dia ____ de _____ de 2025

AMILCAR ROBERTO BEZERRA GUIMARÃES

Desembargador Relator

Belém, 28/04/2025