



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 10ª Vara Cível da Capital

Avenida Desembargador Guerra Barreto - Fórum do Recife, S/N, Ilha Joana Bezerra, RECIFE - PE - CEP:
50080-900 - F:(81) 31810358

Processo nº 0142695-03.2024.8.17.2001

AUTOR(A): -----

RÉU: -----

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA COM FORÇA DE MANDADO

Vistos. etc.

Trata-se de **AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER c/c TUTELA DE URGÊNCIA e DANOS MORAIS** ajuizada por ----- em face de --- --., todos qualificados nos autos, alegando a parte autora, em apertada síntese:

Que está com 63 (sessenta e três) anos de idade e é portador de NEOPLASIA MALIGNA DE PRÓSTATA - ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA GLEASON 3+4=7 E PSA 4,21 – CID C61, o que o classifica como Câncer de Próstata, e de urgente remoção.

Que o Médico-assistente (credenciado do plano) prevê a realização dos seguintes procedimentos cirúrgicos PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL + LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL + URETROPLASTIA POSTERIOR, TODOS POR VIA ROBÓTICA.

Que o Plano ----- não autoriza a realização dos procedimentos por questões financeiras, e recusa-se a abrir a solicitação de cirurgia alegando não ter cobertura para este tipo de procedimento.

Pedi, em sede de tutela de urgência, que a operadora ré seja compelida a custear o tratamento cirúrgico indicado pelo médico-assistente, a

saber: PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL + LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL + URETROPLASTIA POSTERIOR, todos por VIA ROBÓTICA, em um hospital apto a realizar o procedimento – indicando-se neste momento o HOSPITAL ESPERANÇA; e que a cirurgia seja conduzido pela equipe médica do DR. ----- (-----) (médico integrante da rede credenciada); e que a ----- garanta a internação para todo o tratamento, até a plena recuperação de sua saúde.

Juntou documentos.

É o que importa relatar. DECIDO.

De início, defiro a gratuidade, em razão dos documentos juntados aos Id's 191420583/191420584

Em relação ao pedido de tutela de urgência, verifico que restam configurados os requisitos autorizadores da concessão da medida de urgência consoante previsto no novo CPC, quais sejam, probabilidade do direito, perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

O documento de id. 191418780 dos autos, constitui-se em fortes elementos de prova no sentido de que de fato o autor é beneficiário de plano de saúde administrado pela operadora ré e se encontra adimplente.

Outrossim, o laudo médico juntado no id. 191418770 atesta a necessidade da realização procedimento cirúrgico de prostatovesiculectomia radical + linfadenectomia retroperitoneal + uretroplastia posterior, por meio da técnica robótica por se tratar de técnica menos invasiva e com menor índice de complicações pós-cirúrgicas, tais como incontinência, disfunção sexual e urinária.

Nesse diapasão, entendo que somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente, não estando a seguradora habilitada, nem tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor.

Isso porque a seguradora não pode se substituir aos médicos na opção terapêutica. Se a patologia está prevista no contrato, não pode haver

qualquer mitigação quanto ao procedimento recomendado pelo médico quando da avaliação do paciente e de sua patologia, por quem não detém técnica nem competência para fazê-lo. Nesse sentido, aliás, tem decidido também o e. Superior Tribunal de Justiça. Confira-se:

RECURSO ESPECIAL Nº 2006893 - MT (2022/0170958-8) DECISÃO Trata-se de recurso especial interposto contra acórdão do TJMT assim ementado (e-STJ fl. 760): RECURSO DE APELAÇÃO - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DENOMINADO NEFRECTOMIA PARCIAL COM TÉCNICA ROBÓTICA - ALEGAÇÃO DE COBERTURA NÃO OBRIGATÓRIA EM VIRTUDE DE NÃO CONSTAR NO ROL DA ANS - ROL MERAMENTE EXEMPLIFICATIVO - ENTENDIMENTO DA TERCEIRA TURMA DO STJ - INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - VERBA INDEVIDA -

ASTREINTES - MANUTENÇÃO DO VALOR FIXADO - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1- Ainda que haja precedente da Quarta Turma do STJ, no sentido de que a falta de previsão no rol da ANS afasta a obrigação do plano de saúde de custear o tratamento pelo método indicado pelo médico, a Terceira Turma daquela Corte Superior tem firme o entendimento do caráter exemplificativo daquele rol de procedimentos. 2- No caso concreto, apesar de a ANS ter incluído apenas a nefrectomia parcial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o tratamento da doença que acometia o Autor/Apelado, deve ser mantida a sentença que determinou o custeio da cirurgia pela técnica robótica porque, havendo indicação médica para cirurgia com essa técnica, não cabe à Operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica era fundamental à recuperação integral da saúde do Apelado, outrora acometido de carcinoma renal no único rim funcionante (paciente monorrrenal), inclusive com a diminuição de outras complicações, não constituindo de simples procedimento escolhido pelo paciente. 3- A recusa de cobertura de determinado procedimento por parte da operadora de plano de saúde, por si só, não gera o dever de indenizar. No caso, como não há entendimento pacífico quanto ao tema, e tendo em vista que a negativa de cobertura se fundou em cláusula contratual controvertida, afasta-se o dever de indenizar. 4As astreintes devem ser fixadas em valor significativo a ponto de compelir a parte a cumprir a obrigação. Na hipótese, mantém-se a multa de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), pois esse montante atende aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. Nas razões do especial (e-STJ fls. 405/440), fundamentado no art. 105, III, a e c, da CF/1988, a parte recorrente aponta, além de divergência jurisprudencial, violação dos arts. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000, 1º, § 1º, 10, §§ 1º e 4º, 35-F, da Lei n. 9.656/1998, 51, IV e § 1º, II, e 54, § 4º, do CDC, 421 e 422 do CC/2002, afirmando legítima a limitação da cobertura de tratamento não previsto no rol de procedimentos e eventos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que teria natureza taxativa, além de ser lícita a cláusula restritiva em contrato de plano de saúde. Aduz também que haveria ofensa ao art. 537, § 1º, do CPC/2015, pois o valor das astreintes configuraria "multa excessivamente onerosa" (e-STJ fl. 799). Contrarrazões às fls. 838/855 (e-STJ). É o relatório. Decido. Na origem, a ora recorrida ajuizou demanda objetivando a cobertura do plano de saúde para tratamento de deficiência renal, mediante procedimento cirúrgico de laparoscopia robótica (e-STJ fls. 8/32). Em primeiro grau de jurisdição, os pedidos foram julgados parcialmente procedentes (e-STJ fls. 618/625), decisão mantida pelo TJMT nos termos do acórdão cuja ementa fora transcrita acima. Ocorre que, em assentada recente, a Segunda Seção do STJ firmou entendimento de que o rol de procedimentos e eventos em saúde complementar é, em regra, taxativo, não sendo a operadora de plano ou seguro de saúde obrigada a custear procedimento ou terapia não listados, se existe, para a cura do paciente, alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada (EREps n. 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgados em 8/6/2022, DJe 3/8/2022). Sem embargo, o Órgão Colegiado admitiu a excepcional possibilidade de cobertura do procedimento - indicado pelo médico ou odontólogo assistente, mas não previsto no rol da agência reguladora -, inexistindo substituto terapêutico listado, desde que: (i) não tenha sido indeferida expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão

de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS. No caso concreto, todavia, o julgamento das instâncias ordinárias não avançou para aferir o preenchimento desses requisitos, tampouco para examinar se a cláusula contratual era expressa e adequadamente redigida no sentido de restringir a cobertura, limitando-se a reputar abusiva a limitação por entender que a escolha do tratamento do paciente é prerrogativa do profissional médico, concluindo pelo caráter meramente exemplificativo do rol de procedimentos da autarquia reguladora. Nesse contexto, haja vista a impossibilidade do reexame das cláusulas contratuais e demais elementos fático-probatórios (Súmulas n. 5 e 7 do STJ), devem os autos retornar à instância de origem para que a Corte local examine se estão presentes os critérios definidos pela Segunda Seção - ou, se for o caso, na forma prevista e autorizada pelo art. 938, § 3º, do CPC/2015, converta o julgamento em diligência para que as partes apresentem provas, no próprio Tribunal ou em primeira instância, de fatos que demonstrem ou afastem o preenchimento daqueles requisitos. Observo que, em hipótese assemelhada, a Quarta Turma desta Corte Superior outrossim reconheceu a necessidade de devolução dos autos à origem, uma vez que, "[c]omo não houve instrução processual, a tornar, no caso concreto, temerária a imediata solução do litígio para julgamento de total improcedência do pedido exordial, aplicando-se o direito à espécie (art. 1.034 do CPC/2015 e Súmula 456/STF), é de rigor a anulação do acórdão recorrido e da sentença para que, mediante requerimento de nota técnica ao NAT-JUS (Núcleo de Apoio Técnico do Tribunal de origem), se possa aferir os fatos constitutivos de direito da parte autora - à luz dos preceitos de Saúde Baseada em Evidências, tomando-se em conta o rol da ANS" (AgInt no AREsp n. 1.430.905/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 30/3/2020, DJe 2/4/2020). Ante o exposto, DOU PARCIAL PROVIMENTO ao recurso especial para determinar o retorno dos autos à origem a fim de que, em novo exame da apelação, avalie o preenchimento dos requisitos para o deferimento excepcional da cobertura reivindicada pela parte segurada, delineados pela Segunda Seção do STJ, julgando o recurso como entender de direito. Prejudicadas as demais alegações do recurso. Publique-se. Intimem-se. Brasília, 13 de setembro de 2022. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA Relator (STJ - REsp: 2006893 MT

2022/0170958-8, Relator: Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Data de Publicação: DJ 30/09/2022)

E mais:

A orientação que se vem firmando, e que merece exame da Corte, é sobre esse ponto, considerando a consolidação legislativa vigente com a Lei n° 9.656/98. O que se procurou fazer, pelo menos no meu entender, foi estabelecer critério para proteger o consumidor e ao mesmo tempo assegurar a viabilidade empresarial dos planos privados de saúde. De fato, não se pode negar o direito do contrato de estabelecer que tipo de doença está ao alcance do plano oferecido. Todavia, entendo que deve haver uma distinção entre a patologia alcançada e a terapia. Não me parece razoável que se exclua determinada opção terapêutica se a doença está agasalhada no contrato. Isso quer dizer que se o plano está destinado a cobrir despesas relativas ao tratamento, o que o contrato pode dispor é sobre as patologias cobertas, não sobre o tipo de tratamento para cada patologia alcançada pelo contrato. Na verdade, se não fosse assim, estar-se-ia autorizando que a empresa se substituísse aos médicos na escolha da terapia adequada de acordo com o plano de cobertura do paciente. E isso, pelo menos na minha avaliação, é incongruente com o sistema de assistência à saúde, porquanto quem é senhor do tratamento é o especialista, ou seja, o médico que não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém à cura do paciente. Além de representar severo risco para a vida do consumidor. Foi nessa linha que esta Terceira Turma caminhou quando existia limite de internação em unidade de terapia intensiva (REsp n° 158.728/RJ, da minha relatoria, DJ de 17/5/99), reiterado pela Segunda Seção (REsp n° 251.024/SP, Relator o Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira, DJ de 4/2/02). Isso quer dizer que o plano de saúde pode estabelecer que doenças estão sendo cobertas, mas não que o tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Assim, por exemplo, se está coberta a cirurgia cardíaca, não é possível vedar a utilização de stent, ou, ainda, se está coberta a cirurgia de próstata, não é possível impedir a utilização de esfíncter artificial para controle da micção. O mesmo se diga com relação ao câncer. Se a patologia está coberta, parece-me inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de que a quimioterapia é uma das alternativas possíveis para a cura da doença. Nesse sentido, parece-me que a abusividade da cláusula reside exatamente nesse

preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, consumidor do plano de saúde, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno do momento em que instalada a doença coberta em razão de cláusula limitativa. É preciso ficar bem claro que o médico, e não o plano de saúde, é responsável pela orientação terapêutica. Entender de modo diverso põe em risco a vida do consumidor. (REsp

668.216/SP, Rel. Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, julgado em 29/06/2007).

Nesse sentido, o objetivo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto, desde que esteja prevista contratualmente a cobertura referente à determinada patologia. Sendo esta a finalidade primordial do contrato, sobrevindo a doença, a seguradora se obriga custear o tratamento indicado pelo médico que acompanha o caso, posto que somente a ele é dado estabelecer qual o tratamento ou meio de diagnóstico adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente, não estando a operadora de saúde habilitada, nem tampouco autorizada, a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar a sua vida em risco.

Ademais, é imperioso destacar que a negativa da operadora baseia-se na falta de previsão contratual de cobertura do procedimento em tal modalidade, o que é um contrassenso considerando que não há exclusão da avença quanto ao tratamento da enfermidade que acomete o autor, logo não pode haver limitação quanto ao método utilizado para tal fim, desde que não seja experimental, sendo injustificada a não cobertura quando o próprio contrato não exclui o tratamento da enfermidade que acomete o autor, sendo certo ainda que o tratamento tem eficácia científica comprovada por entidades médicas de caráter nacional e mundial, o que exclui a taxatividade do rol da ANS, vez que o STJ passou a entender que o rol da ANS tem taxatividade mitigada.

À vista de tais considerações, tenho que o laudo médico e demais documentos apresentados constituem provas inequívocas, suficientes a convencer este juízo da probabilidade do direito da parte demandante.

De outro lado, dada a natureza da doença de que foi acometida a parte autora e o comprovado risco de lesões irreparáveis pelo alastramento da doença, a existência de fundado receio de dano irreparável ou risco ao resultado útil do processo é inquestionável. Com efeito, a não antecipação da

tutela poderá, em face da natural lentidão do provimento final, tornar, no futuro, inócua qualquer prestação jurisdicional.

O perigo da demora é, portanto, flagrante. Ressalvo ainda a inexistência de perigo da demora inverso, posto que, na hipótese de improcedência da ação ou de revogação da liminar após a apresentação de resposta, poderá a operadora demandada providenciar a cobrança de seu crédito em face da parte autora.

Por tais razões, em sede de juízo provisório, **DEFIRO** o pedido de tutela de urgência para determinar que a demandada, autorize e custeie, no prazo de 72 (setenta e duas horas) horas, a realização do procedimento cirúrgico denominado PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL + LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL + URETROPLASTIA POSTERIOR, todos por VIA ROBÓTICA, junto ao Hospital Esperança, bem como sua internação no referido nosocômio até alta hospitalar e que a cirurgia seja conduzido pela equipe médica do DR. ----- (-----), caso este médico e o hospital integrem a rede credenciada.

Caso a parte autora opte por hospital e equipe médica da sua escolha, fora da rede credenciada, o plano de saúde réu deverá arcar com os honorários médicos e internamento de acordo com sua tabela.

Fixo em R\$ 1.000,00 o valor da multa diária para a hipótese de descumprimento total ou parcial desta decisão, limitado ao valor do procedimento.

Intime-se o plano de saúde demandado da presente decisão, em regime de Urgência.

Cite-se a demandada para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, contestar, sob pena de revelia e confissão, nos termos do art. 344, do Pergaminho Processual Civil.

Desde já, considerando as circunstâncias fáticas e jurídicas existentes nos autos, associada a hipossuficiência econômica da parte autora, resolvo inverter o ônus da prova.

Dispensar a realização da audiência inicial do artigo 334 do CPC, haja vista a possibilidade de as partes poderem transigir a qualquer tempo.

Cumpra-se com Urgência.

RECIFE, 18 de dezembro de 2024.

Sebastião de Siqueira Souza

Juiz de Direito

Assinado eletronicamente por: SEBASTIAO DE SIQUEIRA SOUZA

18/12/2024 10:34:05 <https://pje.cloud.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 191466689



241218103405765000001866647

IMPRIMIR

GERAR PDF