



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

SENTENÇA

Processo nº:	0052084-36.2021.8.06.0151
Apensos:	Processos Apensos << Informação indisponível >>
Classe:	Procedimento Comum Cível
Assunto:	Obrigação de Fazer / Não Fazer
Requerente:	Hilda Fernandes Sales Correia
Requerido:	Unimed Fortaleza - Sociedade Cooperativa Médica Ltda.

1 – RELATÓRIO

Trata-se de **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA**, movida por **HILDA FERNANDES SALES CORREIA**, em face da **UNIMED DE FORTALEZA – SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA**, todos qualificados, conforme exordial e documentos às fls. 01-71.

A autora é pessoa idosa, conta com 85 (oitenta e cinco anos), e alega ser portadora de hipertensão e diabetes, tendo sido acometida por uma fratura no quadril, após uma queda em abril de 2021, sendo restrita ao leito, totalmente dependente de auxílio de cuidadores para realizar as suas atividades e necessidades diárias.

Por estas razões, objetivando aumentar suas chances de ter suas funcionalidades restabelecidas, requer com o ajuizamento desta demanda, que a cooperativa requerida forneça os cuidados prescritos pelo médico (fl. 68), tais como suporte de *home care* para continuidade do tratamento hospitalar, fisioterapia, além de medicamentos e insumos, cadeira de rodas, cadeira de banho e cama hospitalar com colchão de água, uma vez que é usuária de plano de saúde da requerida e, houve negativa à prestação de tais serviços.

Pleiteou, em sede de tutela de urgência antecipada, a autorização para continuar o tratamento através do *home care*, assim como o custeio de todas as despesas para aquisição dos bens outrora mencionados. Observo que a autora suscita, ainda, o imediato resarcimento dos valores já despendidos.

Decisão de fls. 72-78 deferiu a gratuidade judiciária e o trâmite prioritário pelo Estatuto do Idoso (lei 10.741/03), bem como, acolheu parcialmente o pedido de tutela provisória de urgência, concedendo serviço de tratamento domiciliar: com presença semanal de médico, conforme laudo de fls.68; fisioterapia, bem como determinar que a promovida arque com as despesas decorrentes, com todos os insumos, como, por exemplo, material de higiene, seringas, esparadrapo, fralda, cama hospitalar, cadeira de rodas, além de todos os fármacos necessários, consoante recomendação médica, até ulterior deliberação, no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, sob pena de incidência de multa diária de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), limitada, a princípio, ao prazo de 10 dias.

O decisório estabeleceu que fosse designada audiência de conciliação, devendo para tanto, ser a parte requerida citada da ação e as partes intimadas para o ato.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

Contestação às fls. 102-131, seguida da documentação de fls. 132-236. Inicialmente, a parte requerida alega que a autora é beneficiária do Uniplano PF Co-Participativa Enfermaria, na modalidade individual/familiar, desde 20/05/2005 e, que conforme condições do contrato celebrado, o fornecimento de medicamentos e materiais, inclusive, internação domiciliar, bem como, serviços, exames e tratamentos não disponíveis na área geografia ou no rol de procedimentos aprovados pela ANS e aqueles não existentes na data da assinatura do contrato, estavam expressamente excluídos da cobertura do plano, razão que motivou a negativa ao pleito autoral.

Ato contínuo, após traçar algumas considerações sobre a distinção da assistência domiciliar e a internação domiciliar, dentre outros aspectos, a requerida aduz que revela-se desproporcional e desarrazoado a Unimed Fortaleza fornecer e custear as necessidades elencadas pela autora, uma vez que tal medida confronta direto o que fora entabulado no contrato de prestação de serviços ora firmado, bem como da legislação pátria aplicável ao caso, haja vista o fato incontrovertido da residência autoral ser fora de Fortaleza/CE.

Ademais, destaca que alguns dos materiais, equipamentos e medicamentos devem ser custeados pela autora, além de que não há obrigatoriedade da Unimed em fornecer serviços além daqueles elencados no relatório médico, tampouco há obrigatoriedade no fornecimento de *home care*, em razão da desvirtuação do objeto da relação contratual firmada. Por fim, faz ponderações sobre a taxatividade do rol de procedimentos e eventos da ANS e a ausência de abusividade nas cláusulas contratuais, assim como, sobre a inexistência de danos materiais, requerendo, portanto, a revogação da liminar e o julgamento de improcedência da pretensão da parte demandante.

Agravo de instrumento interposto – fls. 237-255.

Petição autoral comunicando o descumprimento da liminar concedida (fls. 257-258), sendo em seguida protocolada manifestação da requerida declarando que o atendimento domiciliar foi fornecido, conforme anexos de págs. 261-263.

Aprazada data para a realização do ato audiencial, vislumbro que não houve acordo entre as partes – fls. 266-267.

Decisão monocrática (fls. 270-274) deferindo em parte o pedido de efeito suspensivo do agravo de instrumento, para afastar a obrigatoriedade de fornecimento dos medicamentos, equipamentos, materiais de higiene e demais insumos não prescritos pelo médico. Mantendo a decisão proferida por este Juízo nos demais pontos, conforme tratamento indicado no receituário de fl. 68.

Na réplica (fls. 276-287), a autora ratifica o pedido inicial de fornecimento de medicamentos, insumos, equipe multidisciplinar com fisioterapeuta 07 (sete) dias na semana e equipamentos, e acrescenta que por ser esta portadora também de demência de Alzheimer em fase avançada, com síndrome da imobilidade e fragilidade, necessita do tratamento específicos da promovida, para garantir sua qualidade de vida já que não possui condições econômicas para custear.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

Por conseguinte, fora juntado atestado médico atualizado e detalhado do estado de saúde da demandante, bem como de suas necessidades (fls. 288-289) e rejeitadas as teses defensivas da empresa promovida.

A parte requerida não pugnou pela produção de outras provas (fls. 275) e a requerente, embora intimada, nada suscitou (fl. 293).

É o relatório.

Decido.

2 – FUNDAMENTAÇÃO

2.1 – DO JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE

Compulsando os autos, observo que o feito encontra-se maduro para julgamento, uma vez que envolve apenas matéria de direito e as partes não pugnaram pela produção de outras provas.

O art. 355, I do Código de Processo Civil assim dispõe:

Art. 355. O juiz julgará antecipadamente o pedido, proferindo sentença com resolução de mérito, quando:

I - não houver necessidade de produção de outras provas;

(...)

Passo à análise do mérito.

2.2 – DO MÉRITO

2.2.1 - DA RELAÇÃO CONSUMERISTA

Ab initio, importa destacar que a relação jurídica entre as partes é claramente de consumo, pois presentes os seus requisitos subjetivos e objetivos, previstos nos artigos 2º e 3º, assim como nos §§ 1º e 2º, da Lei 8.078/90, vez que envolve matéria afeta a plano de saúde firmado em sede de contrato de adesão com beneficiário que se configura na qualidade de consumidor.

Nesse sentido, destaca-se o verbete sumular 608, do Superior Tribunal de Justiça: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

Ademais, é cediço que o CDC positiva um núcleo de regras e princípios protetores dos direitos dos consumidores enquanto tais, inclusive no que se refere à possibilidade de inversão do ônus da prova e à natureza objetiva da responsabilidade do



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1^a Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

fornecedor de serviços.

Em outras palavras, ainda que haja entre as partes livre manifestação de vontade, capacidade dos agentes e licitude do objeto, inegável é a submissão deste negócio ao Código do Consumidor, dada a diferença de forças, notadamente a econômica e a natureza de adesão do contrato firmado, o que determina a proteção dispensada ao consumidor.

Destarte, estando os contratos submetidos às disposições do CDC, aplicam-se, dentre outras, a seguinte regra: “As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor” (Art. 47, do CDC). E, considerar-se-ão abusivas, as que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada; sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor e as que se mostrem exageradas, como as excessivamente onerosas ao consumidor, as que restrinjam direitos ou ofendam princípios fundamentais do sistema.

Igualmente, deve incidir o disposto no art. 51, IV, § 1º, II, do CDC, segundo o qual é nula a cláusula que estabeleça obrigações consideradas iníquas, que coloquem o consumidor em desvantagem. Também, mostra-se exagerada a cláusula que restringe direitos ou obrigações inerentes à natureza do contrato, ameaçando seu objeto e equilíbrio, ou ainda que seja excessivamente onerosa ao mesmo.

2.2.2 - DA OBRIGAÇÃO DE FAZER

Feito esses esclarecimentos, tem-se que a **controvérsia cinge-se em avaliar a obrigação da parte demandada em custear o tratamento de *home care*, bem como os insumos, equipamentos e medicamentos necessários à manter os cuidados com a saúde da requerente.**

A parte requerida sustenta inicialmente que a modalidade contratual em que a autora é beneficiária exclui a cobertura para o fornecimento de medicamentos e materiais, inclusive, internação domiciliar, bem como, serviços, exames e tratamentos não disponíveis na área geografia ou no rol de procedimentos aprovados pela ANS e aqueles não existentes na data da assinatura do contrato.

Acrescenta, por conseguinte, que o Programa Unimed Lar fornecido pela operadora está delimitado à beneficiários que residam em Fortaleza/CE e que os medicamentos e/ou materiais e equipamentos individuais necessários ao paciente são de responsabilidade da família. Assim, o fornecimento e o custeio do que foi pleiteado pela autora confronta o entabulado no contrato de prestação de serviços ora firmado.

Não obstante, alega que o custeio dos serviços pleiteados vão além daqueles elencados no relatório médico juntado à exordial e, justifica que o acompanhamento domiciliar por equipe de "*home care*" não consta do rol de procedimentos e eventos em saúde elaborados pela ANS, portanto não têm cobertura obrigatória pelo plano de saúde.

Argumenta, igualmente, que nenhuma operadora de planos de saúde está obrigada a prestação de atendimento/tratamento de forma ilimitada. Assim, defende que a



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

Unimed Fortaleza e a beneficiária devem respeitar o firmado em contrato e, no caso específico, o que indica o rol taxativo de procedimentos e eventos em saúde da ANS.

Defende, por fim, restar comprovado que a promovida agiu de acordo com os termos contratuais e legislação aplicada à espécie, inexistindo qualquer falha na prestação do serviço, tampouco conduta ilegal em não autorizar o tratamento solicitado, eis que não há cobertura para o referido tratamento à luz da norma supracitada, por inexistir enquadramento conforme diretrizes da ANS.

Pois bem. *In casu*, tem-se que a autora, idosa de 85 (oitenta e cinco) anos, sofre de Doença de Alzheimer em fase avançada, de hipertensão e diabetes (CID E10), portando síndrome da imobilidade e fragilidade, o que a faz necessitar de tratamento específico e cuidados contínuos que garantam sua qualidade de vida, através do *home care*. Contudo, vê-se que a contestante negou o pedido administrativamente e pleiteia a improcedência do pedido autoral, sob o fundamento da ausência de cobertura contratual e inexistência de previsão para tal modalidade.

Nota-se, além disso, que os documentos colacionados pela parte suplicante atestam: (1) a condição de beneficiária da demandada (fls. 32-65); (2) a imprescindibilidade dos cuidados domiciliares pleiteados na exordial, em especial a medicação, fisioterapia motora, acompanhamento médico, demais equipamentos, materiais e insumos necessários (laudo médico e prescrições terapêuticas de fls. 68 e 288-289), posto que, conforme laudo médico, a autora necessita de tratamento domiciliar específico, por tempo indeterminado, haja vista o caráter de urgência devido à gravidade do caso da paciente.

É cediço que o contrato de plano de saúde tem como objeto a prestação de serviços para a assistência em caso de eventos futuros e incertos relacionados à saúde do contratante, por meio do qual se obriga o fornecedor do serviço a dispende os gastos necessários para manter ou restabelecer o estado de boa disposição física e/ou psicológica do segurado, através de cláusulas pré-estabelecidas.

No caso vertente, porém, não cabe a operadora do plano de saúde deixar de recepcionar o tratamento requisitado pelo médico e colocá-lo à disposição da paciente, visto que aos médicos especialistas competem indicar o tratamento adequado, com prescrição da melhor conduta.

Isto, porque o serviço de internação domiciliar constitui um dever assistencial e não uma faculdade da operadora de saúde, quando expressamente indicado por prescrição médica (laudos, atestados, prontuários etc), pouco importando, neste particular, a existência de cláusula contratual em sentido contrário.

Nesse panorama, o modelo assistencial *Home Care*, desde que prescrito, como é o caso dos autos, deve assegurar ao paciente o mesmo tratamento que teria se estivesse hospitalizado, inclusive o tratamento por profissionais médicos e por outros profissionais, cujas atuações sejam comprovadamente necessárias à reabilitação do paciente ou, até mesmo, capaz de minimizar a progressão de sua enfermidade, desta vez, em ambiente domiciliar.

Tal serviço envolve o **fornecimento de todos os materiais e insumos**



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

necessários, bem como as terapêuticas, a serem empregadas por cada especialista das áreas médicas específicas necessárias à recuperação ou a manutenção da saúde da doente, inclusive, medicamentos, insumos, consultas médicas e sessões de fisioterapia, como requerido no caso em análise.

Tenho daí que a disponibilização dos instrumentos necessários à exequibilidade da terapia – os quais seriam utilizados durante a internação hospitalar e que agora podem ser direcionados ao paciente em ambiente domiciliar – visam garantir a higidez do segurado, sem os quais qualquer tratamento seria inócuo e imprestável ao fim que se destina, **cabendo ao plano promovido providenciar, como disse, todo o aparato humano e material para este fim**, sob pena de prostrar, na essência, o axioma da relação contratual, que é garantir a preservação da saúde e a qualidade de vida.

Sobre o assunto, cito, na oportunidade, o entendimento do egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, *in verbis*:

AGRAVO INTERNO. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PLANO DE SAÚDE. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA DEFERIDA NO JUÍZO DE PRIMEIRO GRAU. PORTADOR DE PARALISIA CEREBRAL ESPÁTICA GRAVE (SEQUELA NEUROLÓGICA DA SÍNDROME DE KERNICTERUS). FORNECIMENTO DE FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA DOMICILIAR. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE COBERTURA LEGAL PARA O TRATAMENTO. RECUSA FUNDADA EM EXCLUSÃO CONTRATUAL. CLÁUSULA ABUSIVA. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INCISO IV, DO ART. 51, DO CDC. DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E À SAÚDE. INEXISTÊNCIA DE FUNDAMENTOS PARA REFORMA DA DECISÃO. CONFIRMAÇÃO DA DECISÃO MONOCRÁTICA QUE JULGOU O AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE AGRAVO INTERNO CONHECIDO E DESPROVIDO. 1. Trata-se de agravo interno apresentado por Hapvida Assistência Médica Ltda. contra decisão monocrática em agravo de instrumento que o julgou desprovido, confirmando decisão interlocatória tomada no processo nº 0623999-66.2015.8.06.0000/50000, em curso na 34ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza/CE, que deferiu em tutela liminar (em 23 de março de 2015) o pleito autoral de fornecimento de fisioterapia motora e respiratória domiciliar. 2. A cláusula que exclui o fornecimento de fisioterapia motora e respiratória domiciliar, especialmente considerando o caso extremo e grave de comprometimento da saúde do agravado, deve ser tida como abusiva, considerando, especialmente, os preceitos constitucionais aplicados. Desta forma, não há outro caminho senão a manutenção da decisão que em sede de antecipação de tutela, ratificada por decisão monocrática de agravo de instrumento determinou o fornecimento do tratamento fisioterápico especializado. 3. Agravo interno conhecido e desprovido. (TJ/CE; Agravo Interno nº 0623999-66.2015; Desembargador Relator Francisco Mauro Ferreira Liberato; 1ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento 04/12/2019; Data de registro 04/12/2019)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE PRIVADO. DECISÃO QUE DEFERIU A TUTELA ANTECIPADA. NEGATIVA DE COBERTURA. SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DENOMINADO "HOME CARE". PRESCRIÇÃO MÉDICA. TRATAMENTO QUE CONSTITUI CONTINUIDADE DO TRATAMENTO HOSPITALAR.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

PREVISÃO DE INTERRUPÇÃO OU DE NÃO FORNECIMENTO. CLÁUSULA ABUSIVA. DEVER DE COBERTURA DAS SESSÕES PERIÓDICAS DE FISIOTERAPIA. AGRAVO DE INSTRUMENTO CONHECIDO E IMPROVIDO. 1. O cerne da controvérsia gira em torno da possibilidade de o plano de saúde privado se negar a fornecer à paciente a internação domiciliar denominada "Home Care", prescrita por profissional habilitado, consistente na realização de sessões periódicas de fisioterapia. 2. As regras de proteção à vida, à dignidade da pessoa humana e à saúde são verdadeiros princípios constitucionais que irradiam para todo o ordenamento jurídico, norteando a elaboração e a interpretação da norma consumerista de 1990 e posteriormente, em 1998, da Lei dos Planos de Saúde (lei nº 9.656/98). 3. É certo que o entendimento jurisprudencial majoritário é no sentido de que o plano de saúde pode restringir a cobertura contratual a determinadas doenças, mas, uma vez assumido o compromisso de prestação de assistência às moléstias eleitas, não se afigura lícito impor limitações referentes aos procedimentos necessários para tratamento ou cura da saúde do paciente, uma vez que é atribuição do médico especialista, com o consentimento do enfermo, a escolha da melhor forma de tratar a patologia. 4. Considera-se abusiva a cláusula contratual que limita ou exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, podendo haver a declaração de nulidade (artigo nº 51 do CDC), pois não pode o Plano de Saúde querer se eximir da responsabilidade de prestação do serviço e adentrar no mérito da modalidade de tratamento indicado como favorável à melhora da doença que acomete a paciente, vez que essa avaliação compete ao médico, profissional especializado, que prescreve os meios mais adequados ao restabelecimento da saúde. 5. O serviço de tratamento domiciliar "home care" constitui continuidade da terapêutica hospitalar que não deve ser interrompido sem a devida prescrição médica. 6. Agravo conhecido e improvido. Decisão mantida. (TJ/CE; Agravo de Instrumento nº 0623946-17.2017.8.06.0000; Desembargador Relator Heráclito Vieira de Sousa Neto; 1ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 19/12/2018; Data de registro: 19/12/2018) (grifei)

Nesse contexto, o tratamento a ser realizado ao paciente não depende de juízo a ser exercido pela empresa administradora do plano de saúde. Ao contrário, cabe ao médico que acompanha o segurado indicar o tratamento adequado para a patologia, de modo que, havendo prescrição médica e sendo a patologia abrangida pelo contrato, a recusa da ré torna-se **ilegal** e a negativa abusiva, senão, vejamos um julgado do Superior Tribunal de Justiça, em caso análogo:

EMENTA AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. TRATAMENTO DOMICILIAR. HOME CARE. PRESCRIÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE. PRECEDENTES DESTE STJ. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL. [...] É o breve relatório. Passo a decidir. [...] Acerca da controvérsia em torno da recusa da recorrente à cobertura do tratamento domiciliar pelo sistema home care, o Tribunal local deu solução à lide sob o seguinte enfoque: Sabe-se que os contratos de plano de saúde tem como objeto a prestação de serviços para a assistência em caso de eventos futuros e incertos relacionados à saúde do contratante, por meio do qual se obriga o fornecedor a dispensar os gastos necessários para manter ou restabelecer o estado de boa disposição física e/ou psicológica do consumidor, através de cláusulas pré - estabelecidas. (...) Referente ao tratamento Home Care, restou pacificado o entendimento da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e, por conseguinte, a dos demais Tribunais Pátrios, no sentido que o referido tratamento é sucedâneo da internação hospitalar e



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

representa uma alternativa de cuidados ao enfermo em ambiente domiciliar, o que diminui consideravelmente o risco de infecção, fortalece o vínculo familiar e melhora a qualidade de vida do paciente, além de reduzir significativamente os custos do tratamento e liberar leitos nos hospitais para os casos de indispensabilidade de internação hospitalar. (...) Assim, cabe a Operadora do plano de saúde recepcionar o tratamento requisitado pelo médico e colocá-lo à disposição do paciente, sendo irrelevante a existência de cláusula contratual que garanta a cobertura do serviço ao doente, uma vez que, a limitação do serviço relatada pelo recorrido, ofende a regra do artigo 51 § 1º, inciso II da Lei Nº 8.078/90, "que presume exagerada a vantagem do fornecedor que restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio contratual." (...) No caso em debate, infere-se dos documentos coligidos aos fólios a indispensabilidade e premência de tratamento domiciliar ao autor, vez que seu estado de saúde expira cuidados, principalmente por não poder se locomover, necessitando de auxílio de terceiros para todas as atividades da vida diária, sequela de uma lesão encefálica grave com comprometimento cognitivo, motor e visual, sendo que do pondo de vista cerebral aventou-se demência cortical e cegueira bilateral. Acrescente-se que há no caderno processual prova inequívoca para a obtenção da decisão judicial favorável, da lavra de médico especialista, o qual recomenda o tratamento HOME CARE, isto é, a assistência domiciliar com fornecimento de equipamentos, insumos, medicamento e terapeutas de que o autor necessite. Desta feita, a negativa da ré é indevida. (e-STJ fls. 1.027/1.031) O acórdão recorrido ao concluir pela abusividade da recusa ao atendimento domiciliar, prescrito por médico assistente, a Corte local assentou entendimento alinhado à jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça. A propósito: AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1. SERVIÇO DE HOME CARE PRESCRITO PELO MÉDICO DO BENEFICIÁRIO. RECUSA INDEVIDA À COBERTURA. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULAS 7 E 83 DO STJ. 2. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. AUSÊNCIA DE PLEITO NA INICIAL E DE CONDENAÇÃO. FALTA DE INTERESSE RECURSAL CONFIGURADA. 3. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. 1. O serviço de Home Care (tratamento domiciliar) constitui desdobramento do tratamento hospitalar contratualmente previsto, que não pode ser limitado pela operadora do plano de saúde. Na dúvida, a interpretação das cláusulas dos contratos de adesão deve ser feita da forma mais favorável ao consumidor. 2. Indenização por danos morais não foi objeto de pleito inicial e tampouco houve condenação a esse respeito. Ausência de interesse recursal. 3. Agravo interno improvido. (AgInt no AREsp 1.071.680/MG, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 20/06/2017, Dje 26/06/2017 - grifou-se). [...] CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO HOME CARE. RECUSA INJUSTIFICADA. ABUSIVIDADE. DANO MORAL IN RE IPSA. CONFIGURAÇÃO. REVISÃO DO VALOR. QUANTUM INDENIZATÓRIO RAZOÁVEL. PRECEDENTES. INCIDÊNCIA DA SÚMULAS N. 7 E 83 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. As instâncias ordinárias, cotejando o acervo fático-probatório, concluíram que a recusa injustificada de cobertura a tratamento home care à beneficiária deu ensejo a indenização por dano moral. 2. Entende-se por abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário, porque 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. [...]. Ante o exposto, conheço do agravo para, desde logo, negar provimento ao recurso especial. Intimem-se. Brasília (DF), 14 de fevereiro de 2020. MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO Relator (STJ - AREsp: 1524698 CE



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

2019/0163600-2, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Publicação: DJ 18/02/2020)

Portanto, nesse aspecto, não há que se questionar quanto à obrigatoriedade da **ré em garantir a internação domiciliar (*home care*)**.

Outrossim, entendo que à exclusão do procedimento por força da ausência de previsão no rol da ANS, não se revela uma justificativa possível de ser acolhida, porquanto em dissonância com as normas do Código de Defesa do Consumidor, sobretudo em virtude da aludida lista de procedimentos possuir caráter **meramente exemplificativo, e não taxativo**, afinal, a medicina é uma ciência dinâmica e em evolução constante, cujos fins se voltam à prevenção de doenças, bem-estar das pessoas, aumento da qualidade de vida dos indivíduos e combate aos males que atingem os seres humanos.

Sobre a matéria, colaciono os seguintes julgados:

APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER, RESSARCIMENTO E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE PET-CT BASEADA NO NÃO PREENCHIMENTO DOS CRITÉRIOS DA DUT. CONDUTA ABUSIVA. JURISPRUDÊNCIA MAJORITÁRIA. INOBSERVÂNCIA DA NATUREZA DO CONTRATO. RESSARCIMENTO INTEGRAL DEVIDO. DANO MORAL. NEGATIVA DE COBERTURA. DESPROPORCIONALIDADE. REDUÇÃO. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. 1. A saúde é direito constitucionalmente previsto (artigos 6º e 196, Constituição Federal), facultada a prestação de sua assistência por entes privados (art. 199, CF), em caráter complementar e suplementar. Ao atuar em área relacionada a um dos direitos fundamentais mais relevantes, indissociavelmente ligado ao direito à vida, as operadoras de planos de saúde se submetem a regulamentações ainda mais restritivas do que as pessoas jurídicas que concentram seus negócios em outras áreas. 2. O art. 12, I, ?b? da Lei 9.656/98 prevê como cobertura mínima dos planos de saúde com segmento ambulatorial os ??serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente?. 3. Nos termos da jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça e do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, o rol da ANS é meramente exemplificativo e, portanto, não esgota os procedimentos que devem ser cobertos pelas operadoras dos planos de saúde. 4. A Quarta Turma, ao julgar o REsp 1.733.013/PR, alterou seu antigo entendimento e passou a decidir que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem natureza taxativa. Contudo, trata-se de posicionamento recente, se comparado à consolidação histórica da linha anterior. Ademais, no próprio julgamento do REsp n. 1.733.013/PR, a Quarta Turma ressaltou que o magistrado deve ponderar a taxatividade do rol de procedimentos da ANS com as peculiaridades do caso concreto. 5. As obrigações principais de um contrato constituem sua essência e definem a sua natureza. Condutas dos contratantes que afastam o próprio objetivo originário do negócio jurídico o tornam injustificável e desnecessário perante aquele que teve os seus direitos inobservados, o que ofende a boa-fé e, em certos casos, a sua função social. As operadoras de planos de saúde não podem estipular cláusulas e praticar atos que inviabilizem a prevenção de doenças e o restabelecimento da saúde. 6. Assim, é injustificável a recusa do plano de saúde em custear o exame pelo fundamento de não preencher os critérios das diretrizes de utilização (DUT). Na hipótese, a autora comprovou a necessidade do PET-CT, por meio de laudo médico. 7. O limite da relação de preços praticados pela operadora aplica-se ao reembolso ao beneficiário nos casos em que ele não pôde usufruir os



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

serviços credenciados por motivo de urgência ou emergência. O dispositivo em questão não disciplina as consequências da negativa ilícita de praticar obrigação de fazer inerente ao contrato. 8. Segundo o art. 249 do Código Civil (CC), ?se o fato puder ser executado por terceiro, será livre ao credor mandá-lo executar à custa do devedor, havendo recusa ou mora deste, sem prejuízo da indenização cabível. Parágrafo único. Em caso de urgência, pode o credor, independentemente de autorização judicial, executar ou mandar executar o fato, sendo depois resarcido?. 9. É cabível a compensação por danos morais pela recusa em autorizar exame necessário ao diagnóstico e ao tratamento de neoplasia, pois viola os direitos da personalidade do beneficiário do plano de saúde, sobretudo no que se refere à sua integridade física e psíquica. Na hipótese, o valor da condenação a título de compensação por dano moral fixado na sentença é desproporcional, em razão do pouco tempo transcorrido entre a negativa e a realização do exame. 10. Recurso conhecido e parcialmente provido. (TJ-DF 07440203120218070001 1430154, Relator: LEONARDO ROSCOE BESSA, Data de Julgamento: 08/06/2022, 6ª Turma Cível, Data de Publicação: 29/06/2022)

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA ANTECIPADA. PLANO DE SAÚDE. SENTENÇA A QUO – DETERMINAÇÃO DE FORNECER MEDICAMENTO. INDICAÇÃO MÉDICA. POSSIBILIDADE. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS MERAMENTE EXEMPLIFICATIVO. RECURSO CONHECIDO DESPROVIDO. 1. Cogitam os autos de recurso apelatório cível, insurgindo-se contra o decisorium litis que culminou pela procedência da Ação Ordinária de Obrigaçāo de Fazer com Pedido de Tutela Provisória de Urgência Antecipada, ajuizada por Maria Eronice Gomes Clemente, em face da recorrente. 2. A sentença a quo, ratificando a tutela de urgência anteriormente concedida, determinou que a requerida forneça o tratamento consistente no custeio do medicamento "Ibrance 125 mg", prescrito pelo médico que acompanha a autora. 3. Sabe-se, por oportuno, que todo e qualquer plano de saúde está submetido às disposições do Código de Defesa do Consumidor, justamente por se tratar de relação de consumo. Esse entendimento está sufragado pelo e. Superior Tribunal de Justiça, nos termos da Súmula nº 608: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestāo." 4. Destarte, estando os contratos submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, aplica-se, dentre outras, as seguintes regras: "As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor". E, considerar-se-ão abusivas, as que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada; sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor e as que restrinjam direitos ou ofendam princípios fundamentais do sistema (art. 51, incisos IV, XV e § 1º, incisos, I, II e III do CDC). 5. Nessa senda, o entendimento é de que, como regra, "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, e que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário" (STJ, AgInt no AREsp 1.100.866/CE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, 3º Turma, DJe de 30/11/2017.) 6. Assim, cabe ao esculápio – e não ao plano de saúde – a averiguação e definição da terapêutica mais adequada ao quadro clínico de cada paciente, de acordo com as especificidades inerentes à cada enfermidade. 7. Outrossim, encontra-se sedimentado na jurisprudência pátria que o rol de procedimentos da ANS não é um rol taxativo, e sim um rol exemplificativo, que traz em seu bojo o serviço mínimo a ser assegurado. E tal entendimento tem como uma de suas justificativas o fato de que a forma procedural de sua elaboração não acompanha com a mesma velocidade a evolução da medicina. 8.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660, Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

Acrescente-se, ainda, que a lista da ANS serve apenas como orientadora, a prever a cobertura mínima obrigatória de forma não taxativa, uma vez que a indicação de determinado tipo de procedimento compete ao médico, de acordo com cada patologia apresentada, e não ao órgão regulador, que edita um rol de forma generalizada. Precedentes deste TJ/CE. 8. Por fim, o argumento expendido pela recorrente acerca da ocorrência de atualização de jurisprudência (overruling) pelo e. Superior Tribunal de Justiça não pode ser acolhido. No caso, a Quarta Turma do referido Tribunal, quando do julgamento do Recurso Especial nº 1.733.013 – PR, concluiu pela inviabilidade do entendimento de que o rol da ANS é meramente exemplificativo. No entanto, essa compreensão ainda não é pacífica mesmo no Sodalício Superior. Isso, porque a Terceira Turma do Tribunal da Cidadania em julgados posteriores ao supracitado, reiterou o posicionamento sobre não ser taxativo o rol da ANS. 9. Apelação Cível conhecida e desprovida. (TJ-CE - AC: 00703694820198060151 CE 0070369-48.2019.8.06.0151, Relator: FRANCISCO DARIVAL BESSERRA PRIMO, Data de Julgamento: 14/10/2020, 2ª Câmara Direito Privado, Data de Publicação: 14/10/2020)

EMENTA: CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL EM AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR "HOME CARE". NEGATIVA DA OPERADORA DE SAÚDE EM FORNECER ALIMENTAÇÃO VIA ENTERAL E MEDICAMENTOS. RELATÓRIO MÉDICO INDICATIVO. NECESSIDADE DEMONSTRADA. CLÁUSULA CONTRATUAL OBSTATIVA. ABUSIVIDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. 1. (...) 2. (...) 3. (...) 4. A relação havida entre as partes litigantes é de natureza consumerista, nos termos da Súmula nº 608 do STJ, guardando, portanto, submissão aos princípios e regras enunciados no bojo da legislação consumerista e do sistema de proteção ao consumidor. 5. No caso dos autos, a promovente/apelada já usufrui do programa de home care, Unimed Lar, tendo havido a negativa do seguro saúde quanto às medicações necessárias e à alimentação via enteral, todas prescritas pelos médicos assistentes. Nessa perspectiva, a operadora de plano de saúde deve fornecer todo o aparato indispensável à sobrevivência digna da beneficiária, como se no hospital estivesse, inclusive disponibilizando medicamentos, desde que recomendados por médicos especialistas, materiais utilizados nos procedimentos afeitos aos cuidados da enferma e a alimentação enteral, em vista do exposto nos arts. 10, 12, II, "d", "e" e "g", da Lei nº 9.656/98. 6. Assoma inconteste o dever da operadora de saúde apelante fornecer à apelada todos os elementos necessários à sua plena recuperação, de modo a assegurar a adequada prestação do serviço de saúde contratado. Cumpre assinalar que a cláusula contratual limitadora da cobertura assistencial à saúde estabelece a obrigação da operadora de saúde custear as despesas de internação hospitalar na sua integralidade, múnus este que se projeta ao atendimento domiciliar, sendo este o entendimento consolidado desta Egrégia Corte de Justiça. 7. Acrescente-se que o argumento fundado na ausência de previsão do tratamento home care no rol da Agência Nacional de Saúde – ANS não constitui óbice à sua realização, prevalecendo, na espécie, a indicação médica prescrita por especialista. Relevante é anotar que a cobertura assistencial deve ficar limitada à respectiva indicação técnica por médico assistente da operadora de saúde recorrida, além do que este rol é meramente exemplificativo. 8. A jurisprudência pátria reconhece o direito ao resarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura pelo plano de saúde, vez que, in casu, houve o agravamento da situação de aflição psicológica e o sossego e paz de espírito da segurada ao não ser autorizado os medicamentos e alimentação via enteral, indispensáveis para a manutenção da saúde e melhora na qualidade de vida da apelada, sobretudo quando se trata de enferma idosa com moléstia de ordem grave e incapacitante. Nesse contexto, mantenho a condenação do juiz a quo à



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

título de danos morais, no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais). 9. (...) 10. Recurso conhecido e desprovido. (TJ/CE; Apelação nº 0115752-82.2017.8.06.0001; Desembargador Relator Francisco Gomes de Moura; 2ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 18/12/2019; Data de publicação: 18/12/2019)

Assim, acrescento que o argumento fundado na previsão do tratamento *home care* no rol da Agência Nacional de Saúde - ANS, não constitui óbice à sua realização, prevalecendo, na espécie, a indicação médica prescrita.

Ante o exposto, **deve a operadora de planos de saúde promovida prestar os serviços prescritos pelo médico e requeridos pela autora.**

2.3.3 DOS DANOS MATERIAIS E REEMBOLSO DAS DESPESAS

Além da obrigação de fazer, a parte autora também requer a que a demandada proceda com o custeio do tratamento realizado após à recusa da UNIMED, sob o fundamento de que os serviços direcionados à saúde foram desempenhados por profissionais não credenciados pelo plano, sendo, portanto, devido o reembolso dos valores pagos pela autora aos referidos profissionais, conforme anexos de fls. 66-67.

Sobre o reembolso de despesas da espécie, a lei determina que o plano deverá custear o tratamento, desde que o próprio plano não possua profissionais para prestar o serviço.

O sistema de reembolso é previsto contratualmente justamente para as situações em que o beneficiário do plano de saúde tem de contratar profissional, cuja especialidade não é atendida pelo plano de saúde.

Analisando o tema, diz o art. 12, inciso VI, da Lei 9.656 :

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

O prestador do serviço se obriga a reembolsar, nas situações emergenciais, bem como, na hipótese de inexistir profissionais credenciados capacitados para prestar o serviço buscado pelo consumidor.

Na hipótese dos autos, em réplica, a autora aduziu que o atendimento com o



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

médico fora do plano não ocorreu por mera liberdade frente as alternativas equivalentes na rede da operadora, mas sim por falta de disponibilidade do plano (fl. 282).

Assim, é cediço que havendo profissionais credenciados ao plano de saúde, habilitados para as técnicas prescritas pelo médico assistente, caso a autora opte por clínica ou profissional não credenciado, devem ser respeitados os limites de valor de reembolso previstos no contrato. Todavia, inexistindo profissionais credenciados ao plano, deve o mesmo arcar com as despesas dos profissionais não credenciados, sendo que neste caso, o reembolso será integral e com os custos escolhidos pelo consumidor fora da rede credenciada. Veja-se a referida resolução em seus arts, 4º, 5º, 6º e 9º.

RN 259 - Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

(Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011).

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011).

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011).

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Ademais, é importante trazer à baila o entendimento do STJ em julgado recente, no qual assentou o entendimento de que quando o tratamento prescrito não for fornecido pelo plano de saúde e o consumidor tiver de se utilizar de profissionais não credenciados deve a operadora de plano de saúde realizar o reembolso integral das despesas realizadas com profissionais não credenciados. Vejamos a ementa:

PLANO DE SAÚDE. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA EM VIRTUDE DA EXCLUSIVIDADE DA TÉCNICA UTILIZADA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. CABIMENTO.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

REEXAME DE FATOS E PROVAS (SÚMULA 7/STJ). AGRAVO NÃO PROVIDO. PROCESSUAL CIVIL. SEGUNDO AGRAVO INTERNO CONTRA A MESMA DECISÃO. PRINCÍPIO DA UNIRRECORRIBILIDADE. SEGUNDO AGRAVO NÃO CONHECIDO. 1. A colenda Segunda Seção firmou o entendimento de que "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp 1.459.849/ES, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, j. em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020). 2. O Tribunal de origem, com arrimo no acervo fático-probatório carreado aos autos, concluiu que não há na rede credenciada da recorrente estrutura necessária ao tratamento da enfermidade que acomete o recorrido, razão pela qual se impõe o dever da operadora de arcar com os custos do tratamento realizado com o profissional médico contratado pelo paciente. A pretensão de modificar tal entendimento demandaria a análise do acervo fático-probatório dos autos, o que é vedado pela Súmula 7 do STJ. 3. **Também é entendimento desta Corte Superior que, nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, o reembolso, pela operadora de assistência à saúde, do custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado deve ficar limitado aos valores indicados na tabela da operadora de plano de saúde, ainda que se trate de inexistência de estabelecimento credenciado no local ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora.** 4. No caso, existe a peculiaridade, destacada no acórdão recorrido, de ser o tratamento pleiteado prestado, com exclusividade, pelo serviço médico utilizado pelo paciente, ou seja, não é oferecido pelo plano de saúde da ré através da rede credenciada, razão pela qual não há como se falar em aplicação da tabela da operadora do plano de saúde para atendimentos semelhantes, devendo o reembolso ser realizado de forma integral. 5. A interposição de dois recursos pela mesma parte e contra a mesma decisão impede o conhecimento do segundo recurso, haja vista a preclusão consumativa e o princípio da unirrecorribilidade das decisões. 6. Primeiro agravo interno não provido. Segundo agravo interno não conhecido. (STJ - AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp: 1704048 SP 2020/0118641-2, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 24/08/2021, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 01/09/2021) (GN)

Diante o exposto, deve a demandada ressarcir integralmente as despesas realizadas com os profissionais não credenciados, tendo em vista a inexistência de profissionais aptos a fornecer o tratamento prescrito para a autora na rede credenciada.

3 – DISPOSITIVO

Diante do exposto e tudo mais que consta nos autos, **JULGO PROCEDENTE** a pretensão autoral, extinguindo o processo com resolução de mérito, com base no artigo 487, inciso I, do CPC, convertendo em definitiva a tutela de urgência concedida na decisão de fls. 72-78, cujos fundamentos passam a fazer parte integrante desta sentença, para condenar a parte promovida na obrigação de fazer pleiteada na petição inicial, bem como no pagamento, das despesas custeadas pela autora.

Condeno, ainda, a parte ré no pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios sucumbenciais, ora arbitrados em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa, levando-se em consideração o grau de zelo profissional, o lugar da prestação do



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixadá

1ª Vara Cível da Comarca de Quixadá

Avenida Jesus, Maria e José, S/N, Bairro Jardim dos Monólitos - CEP 63909-003, Fone: (88) 3412-5660,
Quixadá-CE - E-mail: quixada.1civel@tjce.jus.br

serviço, a natureza e a importância da causa, bem como o trabalho desenvolvido e o tempo exigido para o serviço, nos termos do § 2º do art. 85 do CPC.

P.R.I.

Após o trânsito em julgado, arquivem-se os autos com as cautelas de estilo.

Expedientes necessários.

Quixadá/CE, 10 de outubro de 2022.

**Giselli Lima de Sousa Tavares
Juíza de Direito**