“Uma vez comprovada a situação de urgência e a recusa no atendimento, tem o usuário de plano de saúde o direito ao reembolso das despesas realizadas fora da rede credenciada, nos limites da tabela do plano de saúde contratado”. Este foi o entendimento adotado no voto do desembargador Jorge Rachid, relator de uma apelação cível da Hapvida contra sentença de primeira instância que condenou a empresa a reembolsar um beneficiário pelas despesas feitas em um hospital oftalmológico, até o limite da sua obrigação contratual.

Por votação unânime, a 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Maranhão acompanhou o voto do relator, negando o pedido do plano de saúde, que pretendia que fossem julgados improcedentes os pedidos do autor.

Na sentença de 1º grau, a juíza da 13ª Vara Cível de São Luís, Ariane Mendes Castro Pinheiro, ao analisar a ação ordinária com pedido de tutela de urgência, ajuizada pelo usuário do plano, havia julgado parcialmente procedentes os pedidos da inicial para condenar a ré ao reembolso, a título de danos materiais, com juros e correção monetária.

De acordo com o relatório, o beneficiário do plano disse que, em junho de 2017, precisou realizar, em caráter de urgência, uma cirurgia oftalmológica para preservar o que restava do nervo de seus olhos e sua visão.

O usuário do plano acrescentou que a operadora, em resposta à solicitação cirúrgica, respondia que o pedido estava em análise. Em razão de não suportar mais a dor e não respondendo mais ao tratamento clínico, somados à demora injustificada do plano, o autor da ação alegou que, mediante ajuda de amigos e familiares, levantou a quantia de R$ 8.652,69 e pagou a cirurgia numa clínica privada. Afirmou que solicitou o reembolso das despesas com a cirurgia, mas o plano se fez omisso. Ele também havia pedido indenização por danos morais na ação, o que foi negado.

Em contestação, a Hapvida alegou que em seu sistema não foi localizado o pedido de autorização para a cirurgia requerida pelo autor. Destacou que apenas constam nos autos encaminhamentos para consulta com um médico especialista, o que fora prontamente atendido pelo plano na mesma data dos requerimentos; e que o beneficiário optou em buscar atendimento particular, não havendo obrigação de custeio pela operadora de saúde.

Argumentou, ainda, que o procedimento não era em caráter de urgência ou emergência, mas um tratamento eletivo, o qual não visava curar ou recuperar a visão, mas, sim, amenizar a situação.

Condenada em primeira instância, a empresa apelou ao TJMA. O relator da apelação entendeu pela aplicação das normas do Código de Proteção e Defesa do Consumidor às controvérsias advindas do pacto, impondo-se sempre a expurgação das cláusulas que, nitidamente, ponham em situação de manifesta desvantagem, porque abusivas, a pessoa física do contratante.

Jorge Rachid citou súmula do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que aborda a aplicação do CDC e ressaltou que não se pode tratar o caso como uma mera questão contratual, pois embora as partes tenham firmado um livre acordo de vontades, em se tratando de assistência à saúde, a autonomia da vontade é limitada e regulada pela Lei nº 9.656/98, que estabelece os parâmetros e condições mínimas a serem observadas por todo e qualquer plano de saúde, para resguardar o direito à vida, à saúde e ao bom tratamento físico e mental do indivíduo, que frisou serem bens indisponíveis e de relevância indiscutível.

O desembargador decidiu não reformar o entendimento de primeira instância e citou trecho da sentença, segundo o qual, o laudo registrou que o médico que assistiu o autor o encaminhou com urgência para ser avaliado por um glaucomatólogo e avaliar a possibilidade de cirurgia para preservar o que restava de nervo e visão, pois ele não estava respondendo ao tratamento clínico. O relatório pós-cirurgia apresentado corroborou que havia dores intensas, pressão intraocular muito elevada, risco de perda de visão irreversível e que o procedimento foi realizado em caráter de

urgência.

O relator destacou entendimentos adotados pelo TJMA acerca da possibilidade do reembolso de despesas médicas não autorizadas pelo plano de saúde – quando comprovada a situação de urgência e a recusa do atendimento – fato que disse ter sido comprovado pelos documentos constantes dos autos. A desembargadora Angela Salazar e o desembargador Kleber Carvalho acompanharam o voto doe relator, negando provimento ao recurso.

Fonte: TJMA, em 08.10.2021