***Decisão da 2ª Câmara Cível entendeu que segurada fez portabilidade de carências, sem necessidade de cumprir novos períodos ou de cobertura parcial temporária***

A portabilidade de carências é a possibilidade de contratar um plano de saúde, da mesma operadora ou de uma operadora diferente, sem necessidade de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária que sejam exigidos e já cumpridos no plano de origem. Com base neste entendimento, a 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Maranhão deu razão ao pedido feito em apelo por uma beneficiária de plano e determinou que a Amil – Assistência Médica Internacional cumpra o dever de reembolso integral das despesas médicas comprovadas pela segurada.

No entendimento dos desembargadores, nos casos de recusa no atendimento, a operadora assume o ônus de arcar com o custo total do procedimento necessitado e realizado pela segurada. A 2ª Câmara Cível também condenou o plano de saúde a pagar indenização de R$ 5 mil, por danos morais, à beneficiária. Ainda cabe recurso.

De acordo com o relatado pelo desembargador Guerreiro Júnior, a segurada era beneficiária do Bradesco Saúde, desde o ano de 2017. Em fevereiro de 2020, recebeu proposta da Allcare Administradora de Benefícios para uma portabilidade ao plano de saúde Amil, aceitando a migração, sem carência.

Segundo o relatório, constatada, em exame médico, a ineficiência das dietas e exercícios físicos para redução do peso, foi indicada a realização de gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia, mas disse que teve negado, em abril de 2021, o procedimento, sob a alegação de cumprimento de CPT – Cobertura Parcial Temporária.

A beneficiária ajuizou uma ação de ressarcimento de valores com pedido de danos morais contra a operadora de saúde e contra a empresa administradora. Ela recorreu ao TJMA porque ficou insatisfeita com a sentença de primeira instância, que determinou à Amil a obrigação do custeio do procedimento cirúrgico necessitado, por profissional credenciado. Mas caso a autora tenha optado por profissional de sua escolha, que o reembolso seja limitado ao valor praticado em sua tabela para realização do procedimento por médico credenciado, corrigido monetariamente, acrescido de juros. O pedido de indenização por danos morais foi indeferido na Justiça de 1º grau.

**VOTO**

O desembargador Guerreiro Júnior (relator) afirmou que a negativa da cobertura é fato inconteste, uma vez que as rés não negaram a recusa, alegando, porém, que se tratava de doença preexistente e cobertura parcial.

Guerreiro Júnior lembrou que, excepcionalmente, o ressarcimento das despesas fora da rede credenciada poderá se dar de forma integral, sempre que observada a comprovação da urgência ou emergência ou inexistência de estabelecimento credenciado.

Disse que, em relação ao reembolso, segue o entendimento de que este deve ser realizado obedecendo os limites das obrigações contratuais firmadas. Contudo, nos casos de recusa no atendimento, entende que a operadora assume o ônus de arcar com o custo total do procedimento. Citou casos análogos, julgados pelo TJMA.

Quanto ao dano moral, disse ser pacífico o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ), segundo o qual a indevida ou injustificada recusa pela operadora de plano de saúde em autorizar a cobertura financeira de tratamento ou exame médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, gera direito de reparação a título de dano moral, em função de tal medida agravar a situação tanto física quanto psicológica do beneficiário.

O relator fixou o valor de R$ 5 mil, por entender que a quantia estipulada atende, de forma justa e eficiente, a todas as funções atribuídas à indenização: ressarcir a vítima pelo abalo sofrido (função satisfativa) e punir o agressor, de forma a não encorajar novas práticas lesivas.

Os desembargadores Tyrone Silva e Douglas Amorim, convocados para compor quórum, acompanharam o voto do relator.

**Fonte**: TJMA, em 25.10.2022