A 8ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) condenou a Unimed Seguradora a ressarcir as despesas de segurada que realizou congelamento de óvulos indicado por especialista. A indicação médica deveu-se ao fato de a paciente estar em tratamento quimioterápico de um tumor cancerígeno, que pode afetar sua produção de óvulos.

A autora foi diagnosticada com tumor ósseo na escápula direita, um osteossarcoma. Com risco de infertilidade, por conta da quimioterapia, o médico assistente indicou o procedimento de congelamento de óvulos para preservar a possibilidade de futura gravidez. No entanto, o método foi negado pela operadora de plano de saúde. Com isso, a segurada, autora custeou o procedimento no valor de R$ 22.407,90.

A ré alega que o procedimento não possui cobertura obrigatória, por força das disposições da Agência Nacional de Saúde (ANS) ou do contrato firmado entre as partes. Afirma que o rol da ANS é taxativo e não é possível ampliar as obrigações da operadora de saúde. Destaca que a Resolução 465 da ANS permite a exclusão do procedimento de inseminação artificial e que a sentença está em desconformidade com o Tema 1.067 do STJ, que firmou tese de que os planos de saúde não são obrigados a custear tratamento médico de fertilização in vitro. Além disso, informa que há expressa previsão contratual excluindo a cobertura de qualquer forma de reprodução assistida, inseminação artificial ou fertilização in vitro. Dessa forma, pede que a decisão seja revista para negar o ressarcimento dos valores ou, alternativamente, a limitação do valor de reembolso.

Na análise do caso, o Desembargador relator ressaltou que, embora a jurisprudência tenha, por anos, considerado o rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela ANS meramente exemplificativo, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) mudou o entendimento e concluiu que o rol é taxativo. Depois, o Tribunal passou a considerá-lo como exemplificativo condicionado. Com a edição da Lei 14.454/2022, os planos e seguros de saúde foram novamente obrigados a cobrir tratamentos que não estejam no rol da ANS, uma vez que o caráter exemplificativo foi retomado.

“Conforme decidido pelo STJ, ‘salvo disposição contratual expressa, os planos de saúde não são obrigados a custear o tratamento médico de fertilização in vitro’”, observou o magistrado. Contudo, a lei 9.656/98 prevê que a assistência à saúde fornecida pelas operadoras de saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença, à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde do beneficiário. Assim, “o procedimento indicado pelo médico assistente (congelamento de óvulos, criopreservação) difere, de certa forma, da inseminação artificial ou da fertilização in vitro, indicado para futura fertilização ou para reprodução assistida da paciente. O congelamento de óvulos foi indicado para evitar a possível incapacidade da autora de ter filhos – efeito adverso da quimioterapia necessária para o restabelecimento de sua saúde. Essa circunstância, por si só, evidencia distinguishing quanto ao que foi decidido pelo STJ”, avaliou.

O julgador reforçou que a autora tem 34 anos, não tem filhos e foi diagnosticada com osteossarcoma avançado, com indicação de quimioterapia pré-operatória para tentar reduzir o tumor e melhorar perspectiva de ressecção. Tal tratamento a colocaria sob risco de redução da fertilidade. “O congelamento dos óvulos é tratamento acessório à quimioterapia; [...]. Caso não realizado, a autora pode não obter plena reabilitação de sua saúde ao final do tratamento – apesar dessa circunstância ser evitável”, ponderou. O colegiado explicou ainda que, o médico, além de tentar alcançar a cura do paciente, deve, se possível, evitar riscos e danos previsíveis ao paciente. Por isso, o profissional solicitou criopreservação/congelamento de óvulos, negado pela ré e custeado pela paciente.

Por fim, o Desembargador relator registrou que, conforme jurisprudência do STJ, o valor do reembolso das despesas se limita à tabela do plano de saúde, mesmo que haja recusa indevida de cobertura. “A seguradora de saúde não é obrigada a reembolsar o custo integral do tratamento realizado em estabelecimento de assistência à saúde de livre escolha do segurado. Logo, as despesas custeadas diretamente pela autora/apelada não devem ser reembolsadas de forma integral, mas em conformidade com os limites previstos no contrato”.

Acesse o PJe2 e confira o processo: 0709915-97.2023.8.07.0020

Fonte: TJDFT, em 26.04.2024