Plano de saúde não pode negar tratamento que não esteja listado nos procedimentos da Agência Nacional de Saúde. O entendimento é do juiz Régis Rodrigues Bonvicino, da 1ª Vara Cível do Fórum de Pinheiros, ao obrigar, liminarmente, um plano de saúde a pagar os custos da cirurgia de uma cliente que foi diagnosticada com uma síndrome durante a gravidez. A doença é rara e afeta o desenvolvimento da coluna vertebral do feto.

Antes de pedir o atendimento à Justiça, a gestante procurou o convênio médico, que lhe respondeu dizendo que o caso não seria urgente e que a solicitação levaria 48 horas para ser analisada. A cirurgia foi avaliada em R$ 111,5 mil. Segundo seu advogado, Fernando Hideo Lacerda, a paciente não tinha tempo para esperar, pois pois tinha menos de duas semanas para ser operada.

Ao negar o atendimento, o plano de saúde argumentou que os especialistas sobre a doença não constam na rede credenciada da empresa, assim como o hospital pedido pela autora da ação. Na inicial é detalhado que apenas dois profissionais atuam nessa área no Brasil e que há jurisprudência consolidada contra esse tipo de atitude dos planos de saúde.

“Conforme entendimento pacífico do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, consolidado na ‘Súmula 102 - Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS’”, argumentou o advogado, complementando que há cláusula contratual garantindo cobertura em caso de “complicações da gestação”.

Ao conceder a liminar, o juiz da 1ª Vara Cível determinou que o plano de saúde pagasse pela cirurgia pedida e estipulou multa diária R$ 1 mil em caso de descumprimento, mas limitou que o procedimento fosse feito em hospitais da rede credenciada do convênio médico.

A grávida recorreu novamente. Ela alegou que a médica que faria sua cirurgia só atenderia no hospital fora da rede credenciada. Apontou ainda que lhe foi cobrado R$ 40 mil como garantia porque o convênio médico não pagaria pelos custos hospitalares.

Já o plano de saúde argumentou que o fato de os médicos requeridos não estarem na rede credenciada impede o cumprimento da decisão de primeiro grau e que apenas os honorários médicos seriam pagos pela autora. Afirmou também que o caso julgado é dever do Estado, e que o convênio atua apenas de forma complementar.

“Assiste razão à agravante [autora da ação]. Isto porque ‘in casu’ nota-se a verossimilhança de suas alegações, porquanto inexiste prova de que os cuidados de que necessita a recorrente possam ser prestados nos hospitais da rede credenciada”, disse o desembargador José Rubens Queiroz Gomes, da 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, em decisão monocrática.

Processo nº 2017785-82.2016.8.26.0000

Fonte: Consultor Jurídico, em 31.07.2016.