Em sessão de julgamento, os desembargadores da 3ª Câmara Cível, por unanimidade, negaram provimento ao recurso interposto por um plano de saúde que buscava reforma de sentença proferida em ação civil pública, movida pelo Ministério Público em seu desfavor, por ter se negado a cobrir cirurgia de emergência de uma idosa.

Consta do recurso que, após sofrer um acidente doméstico e fraturar o úmero, A. dos S. procurou uma rede credenciada pelo plano de saúde do qual é associada, contudo, após ter passado por três cirurgias de reconstituição do osso e um longo período de tratamento, recebeu alta retornando para casa sem solução definitiva de seu problema.

Em razão de tal fato, o Ministério Público Estadual moveu ação civil pública em favor de A dos S. contra o plano de saúde, alegando que o quadro da paciente se agravou em razão de falhas nos diagnósticos, utilização de material inadequado e tratamento pós-operatório ineficaz.

Argumenta ainda que, se não houver cirurgia de correção emergencial, ela pode perder o membro ou até mesmo vir a morrer em decorrência das complicações. Assim, pleiteou que o plano fosse intimado a custear o tratamento cirúrgico e acompanhamento pós-operatório corretivo de A. dos S.

Nas razões recursais, o plano de saúde argumenta que o plano adquirido pela paciente é básico e que não há previsão contratual para a cobertura do tratamento pleiteado e que os associados devem respeitar e acatar as normas previstas no estatuto do plano.

Além disso, segundo o plano, a paciente está utilizando o Poder Judiciário de forma indevida a fim de satisfazer interesses pessoais, uma vez que não houve negativa de atendimento, mas recusa da paciente em aceitar as opções a ela oferecidas, sendo a escolha de buscar ajuda com médico não credenciado foi dela, portanto esta deve ser responsável pelos custos.

Ressalta ainda que o médico credenciado pelo plano que analisou o quadro de saúde da enferma informou que havia a possibilidade de realização de tratamento local, dentro da cobertura contratada. A empresa defende que a opção pessoal por esse tratamento, além de abrir precedentes sem justificativa médica, prejudica toda a estrutura assistencial associativa administrada pelo plano.

No entendimento do relator do processo, Des. Fernando Mauro Moreira Marinho, o argumento de que a associada deve respeitar e acatar as normas de plano não vale prosperar, uma vez que nesse caso devem ser aplicadas as normas do Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde, conforme a Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, e que, por esse mesmo motivo, a paciente não pode ser privada do tratamento requerido.

Segundo o relator, deve-se levar em conta que A. dos S. é idosa, portanto usufrui de direitos privados e entre eles está o direito à absoluta prioridade a saúde, como dispõem os artigos 3°, incisos I, II, III, V, VIII, ao artigo 4° e artigo 9° do Estatuto do Idoso.

Por fim, argumenta que a recorrente deve arcar com o tratamento da idosa, até por que ficou demonstrado que ela buscou tratamento para sua lesão, porém não recebeu os cuidados adequados e necessários por parte dos médicos credenciados pelo plano.

“Portanto, é dever do plano o custeio total da realização do procedimento, vez que o direito a saúde é uma garantia constitucional, legal e, neste caso, também contratual. Posto isso, nego provimento ao recurso”.

Processo nº 0800533-35.2014.8.12.0030

Fonte: TJMS, em 16.11.2016.