Por unanimidade, a Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba entendeu que uma usuária da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil não possui direito ao procedimento de fertilização in vitro, pago pelo plano de saúde. O Agravo de Instrumento (0804744-55.2016.8.15.0000) foi apreciado, na manhã desta terça-feira (16), pelo desembargador Leandro dos Santos.

A ação foi proposta com o objetivo de obrigar a operadora de plano de saúde a custear a fertilização in vitro, da agravante. Ela alegou, no recurso, que o procedimento é necessário para o tratamento de severa patologia diagnosticada 'endometriose peritoneal grave', pois já havia sido submetida a diversos tratamentos sem que obtivesse êxito.

No Primeiro Grau, o Juízo da 11ª Vara Cível de João Pessoa indeferiu pedido de tutela antecipada nos autos da ação ordinária. Neste mesmo sentido, o relator da ação, agora, no 2º Grau desproveu o recurso.

No voto, o desembargador Leandro dos Santos ressaltou que a 'fertilização in vitro' é um tratamento que visa a geração de vida humana. "Embora possa ser utilizada como uma alternativa para o tratamento com mulheres que apresentem endometriose, não tem como finalidade a cura desta patologia, mas, sim, promover a reprodução assistida, que, em mulheres portadoras de 'endometriose' se torna mais difícil".

Ainda segundo o relator, se a usuária realizar o procedimento cirúrgico aumentará as suas chances de engravidar, combatendo a infertilidade e não a patologia citada. "O que a agravante pretende é o custeio da fertilização in vitro, para alcançar o objetivo de engravidar". Ele, ainda, acrescentou que não restou demonstrada a exclusividade do método de concepção, tampouco a inexistência de outras alternativas de cura para a doença.

"O objetivo da agravante é compelir a operadora do plano de saúde a custear o método conceptivo, que, como se sabe, tem custos elevados e não está incluso na cobertura do plano por ela contratado", disse o magistrado.

Por fim, o desembargador Leandro observou que o tratamento não se encontra no rol de cobertura obrigatória da Agência Nacional de Saúde (ANS). "Transferir para a operadora de plano de saúde a obrigação de custear tratamento não abrangido pelo plano e não listado como obrigatório pela ANS, causaria desordem nas finanças das Empresas, que calcula o valor dos planos de acordo com os procedimentos por eles oferecidos".

Fonte: TJPB, em 16.05.2017.