A Quarta Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de Mato Grosso não acolheu a Apelação nº 136753/2017, interposta pela cooperativa de trabalho médico Unimed Cuiabá, e manteve decisão de Primeira Instância que condenara a instituição ao custeio de todo o tratamento de um usuário do plano, onde for internado, conforme determinação do médico especialista e pelo período que se fizer necessário.

Segundo o relator do recurso, desembargador Guiomar Teodoro Borges, a cobertura do plano de saúde para tratamento em hospital de alto custo, em caso de comprovada urgência do tratamento e ausência de prova de que os procedimentos indicados pelo especialista poderiam ter sido realizados em instituição pertencente à rede conveniada do plano de saúde, deve se dar de forma integral.

No recurso, a Unimed defendeu a falta de contratação de cobertura de tratamento em hospitais que utilizem tabela própria/alto custo, não credenciados ao seu sistema, e que o custeio se dê em observância aos limites das tabelas indicadas nos termos da contratação.

Consta dos autos que a apelada buscou que a Unimed custeasse, no prazo de 24 horas, a remoção e o internamento de seu esposo (beneficiário do plano) para o hospital Copa D'or, na cidade do Rio de Janeiro, bem como o tratamento médico/cirúrgico necessário ao diagnóstico decorrente da "empiema bolhoso" e, todas as despesas acessórias, inclusive com autorização da cirurgia e de todo o material necessário, conforme recomendação médica, e sessões de enxerto de pele laminar para total cobertura da lesão, sob pena de multa diária de R$1 mil.

“A restrição à realização do tratamento, aliado à falta de estabelecimento na rede credenciada da requerida com equipamento e condições de realizar integralmente o tratamento, quando a patologia está prevista no contrato, acarreta negativa tácita de cobertura. Portanto, se há cobertura securitária para o tratamento daquela patologia, qualquer limitação imposta à realização dos procedimentos necessários à efetivação de referido tratamento, principalmente quando não demonstra que há estabelecimento apropriado na rede credenciada, implica, na realidade, a exclusão da cobertura, o que caracteriza a conduta abusiva, descrita no art. 51, “caput”, incisos I e IV, do Código de Defesa do Consumidor”, explicou o relator.

Ainda de acordo com o magistrado, a cooperativa não produziu prova documental idônea da disponibilidade de entidade hospitalar e médico especializados capazes de garantir o tratamento do paciente. “As provas apresentadas, a saber relatórios médicos e registros fotográficos, ratificaram a gravidade do quadro clínico diagnosticado e, principalmente, trouxeram a confirmação da imprescindibilidade da prescrição do médico, no sentido de que os meios técnicos, recursos humanos e materiais, exigidos pela condição do paciente seriam encontrados apenas no internamento nos Hospitais São Lucas ou Copa D´Or, tecnicamente compatíveis com a gravidade da patologia e a natureza da terapêutica que se fazia necessária para o controle e prevenção de um quadro irreversível ao paciente”.

Para o magistrado, a internação do paciente em hospital situado na capital carioca, de renome, não se caracterizou, no caso, como uma consequência da livre escolha do paciente ou de seus familiares ou dos médicos que o atenderam no hospital credenciado, mas sim uma necessidade decorrente do seu estado clínico.

Acompanharam voto do relator os desembargadores Serly Marcondes Alves (primeira vogal) e Rubens de Oliveira Santos Filho (segundo vogal). A decisão foi unânime.

Saiba mais sobre o caso AQUI.

Fonte: TJMT, em 16.02.2018.