O plano de saúde Bradesco Saúde S/A foi condenado indenizar consumidora por danos materiais, no valor de R$5.875,00, e por danos morais, no valor de R$5 mil, por não ter prestado assistência especializada a criança portadora de autismo. A decisão, da juíza Maria José França Ribeiro, atendeu - em parte -, pedido da mãe da criança ao 7º Juizado Cível e das Relações de Consumo de São Luís.

A titular do plano de saúde informou pagar mensalmente o plano, mas a partir de 30 de janeiro de 2019, quando teve seu filho diagnosticado com TEA (Transtorno do Espectro Autista), a empresa passou a descumprir suas obrigações contratuais. Relatou que foi solicitado pelo psiquiatra infantil "acompanhamento em Psicologia com abordagem em Análise do Comportamento Aplicada – ABA; Terapia Ocupacional com abordagem em Integração Sensorial; nutrição e continuidade do seguimento em Psiquiatra infantil.

No entanto, o plano de saúde alegou não dispor em sua rede credenciada de profissionais com essas especialidades. A consumidora informou ter encaminhado requerimento administrativo para autorização de cobertura integral do tratamento, mas o plano não deu resposta, mantendo posicionamentos evasivos e confirmando possuir apenas terapeutas ocupacionais e psicólogos, sem as especialidades solicitadas.

Diante da recusa do plano, a consumidora pagou as consultas e procedimentos com profissionais especializados do ramo, totalizando despesas sem ressarcimento no valor de R$5.875,00 e recorreu ao 7º Juizado Cível das Relações de Consumo para obrigar o plano a autorizar e custear integralmente o tratamento com Psicologia indicado pelo médico, em quantidade ilimitada.

Pediu também a condenação do plano de saúde ao pagamento de indenização a título de dano material (R$5.875,00) para reembolso da quantia já paga pelas consultas e tratamentos; e de dano moral no valor de R$ 10 mil reais; além da obrigação de autorizar e custear a terapia indicada, com o fornecimento dos materiais e insumos necessários.

O plano Bradesco Saúde alegou não existir previsão contratual de se manter junto à rede referenciada todas as modalidades médicas e não ter sido feito qualquer contato com a Central de Relacionamento solicitando indicação de prestadores referenciados. O plano também sustentou que a consumidora buscou indevida cobertura total, por tempo indeterminado, de todo seu tratamento, o que não poderia prevalecer, já que a própria ANS limita a cobertura para os atendimentos solicitados.

JULGAMENTO - Em análise das provas dos autos, a juíza entendeu que o pedido da consumidora mereceu acolhimento parcial. Constatou nos autos que a empresa deixou de apresentar o contrato celebrado com a consumidora, não demonstrando as cláusulas celebradas entre as partes que dizem respeito aos tratamentos solicitados, mas de outro lado admitiu que os procedimentos requeridos na ação são de cobertura obrigatória.

A magistrada analisou a questão conforme o que dispõe a Agência Nacional de Saúde sobre esses procedimentos, na Resolução 428/2017 e na Lei Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e estabelece as exigências mínimas de oferta aos consumidores, as exceções e as hipóteses obrigatórias de cobertura do atendimento.

A juíza concluiu haver razão - em parte - à empresa na alegação de que não se pode obrigar o plano de saúde a custear, por tempo indeterminado, e em quantia indeterminada, sessões de tratamento, sob pena de desequilíbrio financeiro entre as prestações e contraprestações contratuais, bem como a eventual inviabilização dos planos de saúde de maneira geral. Por outro lado, que deve ser assegurado ao beneficiário do plano o direito à continuidade de tratamento por terapia ocupacional ou psicoterapia, tantas sessões quanto necessárias, sob pena de restrição ao restabelecimento da saúde da criança.

A juíza acolheu o pedido da consumidora para obrigar o plano de saúde a custear os tratamentos solicitados, de acordo com o que dispõe a Resolução 428/2017 da ANS, com 40 sessões anuais para cada um dos procedimentos. Superada a quantidade de sessões obrigatórias, o plano ficará limitado ao pagamento de metade dos valores dos procedimentos, de modo que, a outra metade deverá ser custeada pela mãe da criança.

“...É inequívoco que houve por parte da contratada a quebra da boa-fé objetiva, visto que, quando chamada a cumprir com as suas obrigações contratuais, quais sejam, garantir a realização de exames necessários ao resguardo da saúde da autora, não honrou com a obrigação que lhe cabia”, assegurou a juíza na sentença.

Fonte: TJMA, em 27.06.2019.