A realização de tratamento médico em hospital de alto custo, ou fora da abrangência contratual, depende da urgência do tratamento e da falta de opções na rede conveniada. Caso seja comprovada a urgência do procedimento pretendido pela parte segurada, que não obteve sucesso com outras duas tentativas de tratamento através de profissionais da rede credenciada, aliado à notícia de que à época o médico indicado era o especializado na patologia da segurada, é obrigação da prestadora de serviço de saúde cobrir as despesas do tratamento indicado, ainda que os serviços médicos sejam de alto custo e prestados fora da abrangência da cobertura. Esse foi o entendimento da Primeira Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de Mato Grosso ao analisar a Apelação Cível n. 1006121-91.2018.8.11.0041, impetrada por uma cliente de uma cooperativa de trabalho médico de Cuiabá que enfrentava um grave problema cardíaco.

Sob relatoria do desembargador Sebastião Barbosa Farias, o recurso foi parcialmente provido para julgar procedente a demanda, tornando definitiva liminar que determinara a obrigação de fazer, assim como para julgar improcedente o pedido de indenização por danos morais.

Informações contidas no processo revelam que a cliente interpôs recurso contra sentença proferida nos autos da Ação de Obrigação de Fazer cumulada com Indenização por Danos Morais, que havia julgado improcedente a demanda e tornado sem efeito a liminar concedida.

A parte apelante explicou que não realizou nenhum gasto ou despesa para ser reembolsada com o procedimento cirúrgico, uma vez que não tinha condições financeiras, e, por isto, intentou com ação de obrigação de fazer e somente conseguiu realizar a cirurgia porque foi deferido o pedido liminarmente. Explicou que o fato gerador da ação foi a atitude da cooperativa de trabalho médico de não ter autorizado o tratamento necessário indicado para manutenção da saúde da apelante, uma vez que os dois procedimentos cirúrgicos realizados em Cuiabá não tiveram sucesso. Alegou, ainda, que, no Agravo de Instrumento n. 1005985- 23.2018.8.11.0000, restou decidido que, não havendo profissionais credenciados ao plano de saúde para realização do procedimento, terá o usuário do plano direito ao custeio dos honorários e despesas médico-hospitalares dos procedimentos realizados.

No voto, o relator explicou que, a respeito do direito em procurar hospital e médico não convencionados, para que o direito exista é necessário que se demonstre se tratar de situação de emergência e urgência, de indisponibilidade de utilização da rede credenciada da empresa de plano de saúde, de indisponibilidade do corpo médico ou de recursa de atendimento na rede, situações que se enquadram no presente caso.

“A situação de urgência/emergência é incontestável, pois, se trata de doença cardíaca com certa gravidade, já que inclusive passou por processo de reanimação; foram realizados os procedimentos disponíveis de ablação em 2 ocasiões com aplicações de RF na via de saída da VD, região septal com sucesso imediato em sala, contudo, com evolução nas duas ocasiões em recorrência; e, por dois médicos cooperados, foi indicado o procedimento de ablação, com utilização de sistema eletroanatômico, que é realizado pelo Professor Dr. Ângelo de Paola, em São Paulo”, observou o desembargador.

O magistrado destacou que foi juntada aos autos a manifestação do médico que confirma a necessidade do procedimento. “A indisponibilidade de utilização da rede por ausência de médico especializado pode ser verificada pela indicação, pelos próprios médicos da rede credenciada da apelada, de tratamento com o médico especialista, Dr. Ângelo, em São Paulo. Lado outro, a UNIMED não demonstrou eventual e-mail informativo a apelante ou, ainda, auditoria interna, que possui Hospital/Profissional cooperado que faça o procedimento indicado, que é ablação, com utilização de sistema eletroanatômico”, complementou o magistrado.

O desembargador Sebastião Barbosa Farias salientou que embora num primeiro momento se entenda ser possível a fixação de cláusula que exclua a cobertura para hospitais que utilizam tabela própria (alto custo), a situação em julgamento recomenda maior prudência. “O que se vê é

que a apelante somente procurou tratamento em São Paulo porque, a época, o Dr. Ângelo era o único especialista apto a tratar sua patologia, de modo que não há falar que a paciente escolheu este ou aquele hospital e profissional. Por mais esta razão não há que falar em limitação do valor despendido ao contrato, conforme pleiteia a apelada, em pedido alternativo.”

Contudo, o relator entendeu que o pedido de indenização por danos morais não comporta acolhimento. “Primeiro porque o que de fato ocorreu foi uma dúvida de interpretação do contrato, que acabou a luz do CDC e da jurisprudência, recebendo intepretação mais favorável ao consumidor, o que a meu ver, não gera dever de indenização por dano moral”, finalizou.

A decisão foi unânime. Acompanharam voto do relator os desembargadores João Ferreira Filho e Nilza Maria Pôssas de Carvalho.

Recurso Apelação Cível n. **1006121-91.2018.8.11.0041**

Fonte: TJMT, em 22.02.2021