

Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso

**Comarca de Cuiabá
Juízo da 3ª Vara Cível**

Avenida Desembargador Milton Figueiredo Ferreira Mendes, Telefones: (65) 3648-6424/6427 - (65) 3648-6422 -
WhatsApp Secretaria: (65) 99227-4375 - WhatsApp Gabinete: (65) 99229-2500- Centro Político Administrativo,
Cuiabá - MT - CEP: 78049-075

e-mail: cba.gab3varacivel@tjmt.jus.br (gabinete)

Processo nº

Requerente(s):

Requerido(s): **BRADESCO SAUDE S/A**

SENTENÇA

Trata-se de AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA ajuizada por [REDACTED] em desfavor da **Bradesco Saúde S.A.**, todos devidamente qualificados nos autos, objetivando o custeio integral de sessões de Fisioterapia Neurofuncional Intensiva, prescritas por seus médicos, em razão de paraplegia decorrente de acidente automobilístico, além da indenização por danos materiais e moral.

O autor alega que sofreu grave acidente automobilístico em 2018, resultando em paraplegia nos membros inferiores, bexiga e intestino neurogênicos e artrodese de coluna vertebral, de modo que seus médicos prescreveram Fisioterapia Neurofuncional Intensiva, de forma ininterrupta, cinco vezes por semana, com duração de duas horas por sessão, por tempo indeterminado.

Afirma ser usuário do plano de saúde da ré e que a rede credenciada não oferece o tratamento prescrito, tendo efetuado diversas tentativas de contato com clínicas referenciadas, contudo, nenhuma realizava o tratamento específico.

Assevera que, devido à ausência de opções na rede credenciada, iniciou tratamento particular, com custo mensal de R\$ 13.200,00 (treze mil e duzentos reais), buscando reembolso e custeio pelo plano, o que foi negado pela ré, que somente autoriza reembolso limitado, mesmo não possuindo atendimento em sua rede credenciada.

Diante desses fatos, pediu a tutela provisória de urgência para que a empresa ré *“custeie integralmente as sessões de Fisioterapia Neurofuncional Intensiva, duas horas diariamente, cinco vezes por semana (de segunda a sexta-feira) por tempo indeterminado, na Clínica Reabilitare com os profissionais que já o acompanham, vedando-se qualquer limitação de ordem quantitativa, sob a cominação de multa diária, sem prejuízo de outras formas de reabilitação”*. No mérito, pediu confirmação da liminar e a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos materiais de R\$ 9.900,00 (nove mil e novecentos reais) e de dano moral no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Com a exordial juntou documentos.

A decisão inicial de ID. 167917763 concedeu os benefícios da justiça gratuita ao autor e a tutela provisória de urgência para determinar que a ré *“custeie/disponibilize as sessões de Fisioterapia Neurofuncional Intensiva de 02hrs diárias de segunda a sexta-feira ao autor, junto à clínica que já acompanha o autor, no prazo de cinco dias, sob pena de multa diária de R\$ 500,00 (quinhentos mil reais) em caso de descumprimento desta decisão”*, determinando-se ainda, a citação da ré, ficando as partes intimadas a especificar as provas que pretendem produzir.

Citada e intimada, a ré apresentou contestação, defendendo que o tratamento solicitado não está previsto no rol obrigatório de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), invocando a taxatividade do rol, conforme entendimento do STJ no EREsp nº 1.886.929/SP. Alega que, mesmo na ausência de previsão no rol da ANS, tratamentos alternativos ou específicos só devem ser cobertos

mediante comprovação científica robusta e recomendações por órgãos técnicos reconhecidos. Pontua que o plano oferece cobertura para doenças previstas no contrato e que limitações são legítimas e estão amparadas pela legislação vigente. Sustenta que o autor não comprovou a inexistência de substitutos terapêuticos eficazes dentro da rede credenciada. Alega que o tratamento solicitado extrapola os limites contratuais estabelecidos e que cabe ao consumidor comprovar a necessidade e eficácia do tratamento específico. Aduz que a indicação médica, por si só, não gera obrigatoriedade de cobertura, sendo necessário cumprimento das condições previstas na Lei nº 9.656/1998. Assevera que os procedimentos não contemplados no rol obrigatório devem ser objeto de contratação adicional. Defende a inexistência de ato ilícito apto a ensejar a condenação por dano moral. Pugna pela improcedência dos pedidos(ID. 170609339).

Com a contestação juntou documentos.

O autor impugnou a contestação (ID. 173062774).

Intimadas as partes para especificação de provas, a ré pugnou pelo julgamento antecipado da lide (ID. 173118257), enquanto o autor permaneceu silente.

O Recurso de Agravo de Instrumento interposto em face da decisão que concedeu a tutela provisória de urgência, foi conhecido em parte e desprovido pelo TJMT (ID. 176753442).

É o relatório.

Decido.

Cuida-se de AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA proposta por [REDACTED] em desfavor da **Bradesco Saúde S.A.**

De início, destaco que incide à hipótese vertente a regra inserta no inc. I, do art. 355, do CPC, o que impõe o julgamento antecipado da lide, por cuidar de matéria exclusivamente de direito.

Ademais, inexistindo pedido de produção de outras provas e sendo questão sob iudice inerente à direito à saúde, passo ao julgamento da lide, nos termos do art. 12, inc. VII do CPC (Meta 01 do CNJ).

Os contratos de planos de saúde estão submetidos ao Código de Defesa do Consumidor, tratando-se de relação de consumo, consoante traduz o artigo 3º, §2º, do CDC:

“Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.”

E para afastar qualquer dúvida quanto à aplicação do CDC ao contrato em análise, vejamos o teor da Súmula 608 do STJ:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Logo, é possível a adequação dos contratos aos ditames legais, de modo a viabilizar inclusive, se for o caso, a decretação de nulidade das cláusulas que *“estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou seja, incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”* (art. 6º, inc. V c/c art. 51, IV, ambos do CDC).

Não obstante, a questão também traz à tona a aplicação do art. 47, do CDC, segundo o qual as cláusulas contratuais serão interpretadas da maneira mais benéfica ao consumidor.

Dito isso, no caso em análise, o autor comprovou a existência de relação jurídica entre as partes (ID. 167738009), assim como a necessidade de Fisioterapia Neurofuncional Intensiva, de forma ininterrupta, cinco vezes por semana, com duração de duas horas por sessão, por tempo indeterminado, conforme laudo médico de ID. 167738010 e 167738012, em razão de paraplegia decorrente de acidente automobilístico, bem como a ausência de clínicas habilitadas na rede credenciada (ID. 167738015 a 167738022) e a negativa de reembolso integral pela empresa ré (ID. 167738024).

Desse modo, não prospera a negativa de cobertura pela ré, sob a alegação de ausência de cobertura do procedimento indicado por não estar contido no rol da ANS, uma vez que, diante da urgência apontada e do quadro médico comprovado, não há uma prova sequer que aponte em sentido contrário.

Nesse contexto, é certo que não se pode limitar o tratamento médico, pois o plano de saúde não pode substituir o médico na avaliação do que seria necessário para debelar a enfermidade, motivo pelo qual a liberação/autorização de um

procedimento/material, inclusive, indicado por especialista, diga-se de passagem, não pode ser restringida aos casos em que a Agência Nacional de Saúde prevê cobertura obrigatória, mormente porque a jurisprudência do TJMT adota o entendimento de que o aludido rol de procedimentos e eventos em saúde é meramente exemplificativo.

A propósito:

“APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PLANO DE SAÚDE – GIGANTOMASTIA – CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA – EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA – COBERTURA DEVIDA – NEGATIVA – ATO ILÍCITO CONFIGURADO – DANOS MORAIS EVIDENCIADOS – SENTENÇA REFORMADA PARCIALMENTE – 1º APELO CONHECIDO E DESPROVIDO – 2º APELO CONHECIDO E PROVIDO.

Evidenciado pelos relatórios médicos que a hipertrofia mamária apresenta repercussão sobre a saúde da paciente, como dores lombares e problemas vertebrais, além da afirmação da parte de que sofre restrição de suas atividades físicas e constrangimento social, resta caracterizado que a cirurgia de redução das mamas não apresenta caráter estético, sendo essencial para o restabelecimento da saúde da segurada.

É dever do plano de saúde fornecer o procedimento médico prescrito por médico cooperado e que acompanha o caso da paciente, pois cabe àquele definir qual é o melhor tratamento para o segurado (TJMT. AI 65686/2015).

Incorre em ato ilícito a indevida recusa de cobertura do procedimento cirúrgico para reparação de hipertrofia mamária por não possuir caráter meramente estético, sendo medida de melhor justiça a condenação no dever de realizar o procedimento médico necessário.

Há nexo de causalidade entre a conduta de recusar a cobertura e o resultado suportado pelo segurado, quanto a todos os transtornos, angústia e abalo psicológico de monta imensurável, mormente por se tratar da própria saúde.

O arbitramento do valor da indenização decorrente de dano moral deve ser feito de acordo com os aspectos do caso, sempre com bom

senso, moderação e razoabilidade, atentando-se à proporcionalidade com relação ao grau de culpa, extensão e repercussão dos danos e à capacidade econômica das partes.” (RAC n. 1002410-88.2020.8.11.0015, 3ª Câ. Dir. Priv., Rel. Des. Dirceu dos Santos, j. 08.11.2023 – negritei).

“APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL – PRELIMINAR DE CERCEAMENTO DE DEFESA – REJEITADA – PACIENTE COM CÂNCER EM METÁSTASE TERMINAL – FORNECIMENTO DA MEDICAÇÃO PALOMA-2 COM PALBOCICLIBE E LETROZOL EM UNIDADE DE MEDIDA E QUANTIDADE INQUESTIONAVELMENTE PRESCRITA PELO MÉDICO – NEGATIVA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE EM RAZÃO DO TRATAMENTO NÃO SE ENQUADRAR NOS CRITÉRIOS DE COBERTURA OBRIGATÓRIA DA ANS – RESOLUÇÃO NORMATIVA 465/2021 – INCLUSÃO DA MEDICAÇÃO NO ROL DA ANS – DANO MORAL – REDUÇÃO – RECURSO PROVIDO EM PARTE.

Não ocorrerá cerceamento de defesa quando a questão de mérito for unicamente de direito, ou, sendo de direito e de fato, não houver necessidade de produzir prova em audiência. Deste modo, é facultado ao Magistrado dispensar a produção de provas e julgar antecipadamente a lide quando os elementos existentes nos autos bastaram para formar o seu livre convencimento, nos termos do que estabelece o artigo 355, I do CPC.

Pertinente a manutenção da sentença de condenação da operadora do plano de saúde para que forneça medicamento para tratamento de câncer de mama com metástase, se a medicação está prevista no Anexo II da Resolução Normativa nº 465/2021, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. A negativa pela operadora do plano de saúde, aliado ao estado grave de saúde da consumidora, acarreta o dever de indenizar.

Impõe-se a redução da indenização por dano moral, fixada em dissonância com os elementos dos autos e em inobservância aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.” (RAC n. 1027180-67.2020.8.11.0041, 1ª Câ. Dir. Priv., Rel. Desa. Nilza Maria Pôssas de Carvalho, j. 16.08.2022 – negritei).

À vista disso, em que pese o procedimento não esteja elencado no rol da ANS, os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais doenças oferecerão cobertura, não lhes cabendo limitar o tipo de tratamento que será prescrito, incumbência essa que pertence ao profissional da medicina que assiste o paciente.

Destarte, sendo o procedimento indispensável para o restabelecimento da saúde do beneficiário do plano, deve ser priorizado o direito à saúde e à vida em relação ao direito contratual, nos termos arts. 47 e 51, inc. IV, §1º, inc. II, ambos do CDC.

Imperioso registrar que não consta dos autos indicação de qualquer outro substituto terapêutico incluso no rol da ANS pela ré, o que também autoriza a cobertura do procedimento, segundo o entendimento perfilhado pelo c. STJ no julgamento do EREsp n. 1.886.929/SP.

E ainda que a ré defenda que não está obrigado a custear tratamentos com profissionais fora da rede credenciada, e o reembolso somente é admitido quando não houver essa disponibilidade, e se tratar de atendimento de urgência ou emergência, resta evidente que essa não é a hipótese dos autos.

Isso porque, verifica-se dos áudios trazidos pelo autor que os prestadores indicados pela ré não realizam a *Fisioterapia Neurofuncional Intensiva* (ID. 167738022 a 167738016).

Nesse caso, a própria ré não nega a cobertura, porém, quer que sejam realizados de forma distinta ao que foi prescrito e ainda, pagar um valor menor pelo reembolso mesmo não oferecendo o tratamento em sua rede credenciada, o que não pode se admitir.

Ora, o c. STJ definiu em Embargos de Divergência que o plano de saúde será obrigado a arcar com o tratamento realizado fora da rede credenciada apenas em hipóteses excepcionais, tais como de inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local, e de urgência ou emergência do procedimento, consoante visto na espécie. Vejamos:

“EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DESPROVIDOS.

1. Cinge-se a controvérsia em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a reembolsar as despesas médico-hospitalares relativas a procedimento cirúrgico realizado em hospital não integrante da rede credenciada.

2. O acórdão embargado, proferido pela Quarta Turma do STJ, fez uma interpretação restritiva do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, enquanto a Terceira Turma do STJ tem entendido que a exegese do referido dispositivo deve ser expandida.

3. O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento.

4. Embargos de divergência desprovidos.” (EAREsp n. 1459849/ES, 2ª Seção, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 14.10.2020 - negritei).

Portanto, não prospera o pleito da ré quanto ao reembolso conforme a tabela anexa ao contrato, pois restou comprovado nos autos que a mesma não oferecendo o tratamento indicado ao autor em sua rede credenciada.

Nesse sentido:

“APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS – PLANO DE SAÚDE – PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE SEQUELAS DE ANOXIA CEREBRAL E TETRAPLÉGIA – PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO COM FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL – ABUSIVIDADE DA RECUSA – OBRIGAÇÃO DE CUSTEAR OS PROCEDIMENTOS REQUISITADOS PELO MÉDICO ASSISTENTE – REEMBOLSO DE VALORES PAGOS A TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA – AUSÊNCIA DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS NA REDE – DEVOLUÇÃO INTEGRAL DOS VALORES PAGOS E COMPROVADOS – DANOS MORAIS CARACTERIZADOS – VALOR RAZOÁVEL – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – OBSERVADOS REQUISITOS DO ART. 85, § 2º, CPC - SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO.

Considera-se abusiva a negativa da operadora de custear o tratamento prescrito pelo médico assistente como urgente para a recuperação de paciente com quadro de tetraplegia decorrente de anoxia cerebral.

Se a operadora não demonstrou contar em sua rede credenciada com profissionais que tenham a qualificação específica necessária para o adequado tratamento de saúde do segurado, deve o plano de saúde arcar integralmente com os custos despendidos pelo beneficiário com a contratação de profissional não conveniado.

Ultrapassa o mero aborrecimento do cotidiano, a excessiva e injustificada demora do plano no fornecimento de tratamento ao qual está obrigado em razão do contrato, portanto caracterizado o dano moral.

Não comporta redução ou majoração o valor fixado a título de indenização por danos morais, quando observados os princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Também não comporta reforma o valor arbitrado a título de honorários advocatícios em estrita consonância com o previsto no art. 85, § 2º, do CPC.” (TJMT, RAC n. 1003404-72.2019.8.11.0041, 4ª Câ. Dir. Priv., Rel. Des. Guiomar Teodoro Borges, j. 15.06.2022 - negritei).

De todo o exposto, não há dúvidas de que a ré deve proceder ao reembolso integral dos valores pagos pelo autor no tratamento, descontado o montante já reembolsado, devendo o pagamento permanecer enquanto não oferecer o referido tratamento em sua rede credenciada.

Superada essa questão, em se tratando à espécie de direitos indisponíveis, qual seja, direito à vida e à saúde de um ser humano, certo é que a recusa indevida da prestadora de serviços médicos e hospitalares em autorizar a realização do procedimento caracteriza dano moral, com o conseqüente dever de indenizar, pois, é evidente que tal recusa interfere de maneira significativa no seu comportamento psicológico, causando-lhe angústia e aflições.

A injustificada do plano de saúde em assistir o beneficiário ultrapassa o mero inadimplemento contratual, ensejando a reparação civil, principalmente por ser a parte consumidora presumidamente hipossuficiente.

Na verdade, para fins de reparação por dano moral, basta a ocorrência do fato descrito, sendo desnecessária a demonstração da dor experimentada, pois, o dano opera-se *in re ipsa* no caso em comento, confira:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO DE DANOS MORAIS. PERÍODO DE CARÊNCIA. RECUSA DE COBERTURA A TRATAMENTO URGENTE. ILICITUDE DA CONDUTA. DANO MORAL CONFIGURADO. ACÓRDÃO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. INOVAÇÃO RECURSAL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. *De acordo com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, é abusiva a cláusula contratual que estabelece prazo de carência para situações de emergência. Precedentes. Incidência do óbice previsto no enunciado n. 83 da Súmula desta Corte.*

2. *O entendimento firmado no STJ é no sentido de que há caracterização do dano moral quando a operadora do plano de saúde se recusa à cobertura do tratamento médico emergencial ou de urgência, como no caso dos autos, não havendo que se falar em mero aborrecimento por inadimplemento contratual. Aplicação da Súmula 83/STJ.*

3. *Constatado que a agravante se utiliza do presente recurso para inaugurar o debate de questão não arguida por ocasião da interposição do recurso especial, é caso de incidência do instituto da preclusão consumativa, ante a evidente inovação recursal.*

4. *Razões recursais insuficientes para a revisão do julgado.*

5. *Agravo interno desprovido.” (STJ, AgInt no AREsp n. 1.396.523/DF, 3º Turma, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 01.04.2019 – negritei).*

No que se refere ao *quantum* a ser fixado pelo dano moral, não existe uma tabela onde há valores pré-fixados para cada tipo de dano, mormente pelo fato de este ser imensurável.

Portanto, o princípio do livre convencimento confere ao magistrado a prudente prerrogativa de arbitrar o valor que entender justo, sempre de acordo com as peculiaridades do caso concreto, fazendo uma correspondência entre a ofensa e o valor da condenação. Igualmente, deve ser observada a posição social do ofendido, a capacidade econômica do causador e a extensão da dor sofrida, sob pena de propiciar o enriquecimento indevida da vítima.

Outrossim, o valor indenizatório no dano moral tem dupla função: compensatória em relação ao dano sofrido e penalizadora pela conduta negligente do agente causador.

Atenta a esses parâmetros, considerando o grau de responsabilidade da ré frente ao dano causado e o abalo moral sofrido pelo autor, fixo a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de dano moral, valor esse que cumprirá a finalidade de inibir a ré na repetição da falha, considerando-se a sua capacidade econômica, bem como a imediata reparação do erro.

DISPOSITIVO

Diante do exposto, com fulcro no artigo 487, I do CPC, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE os pedidos da AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA** ajuizada por [REDACTED] em desfavor da **Bradesco Saúde S.A.**, para confirmar a liminar deferida, tornando-a definitiva por tempo indeterminado, bem como para condenar a empresa ré ao pagamento de R\$ 9.900,00 (nove mil e novecentos reais) pelos danos materiais, acrescido de juros de mora de 1% ao mês, a contar da citação e correção monetária pelo INPC, a partir dos efetivos desembolsos e de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de dano moral, acrescido de juros de mora de 1% ao mês, a contar da citação e correção monetária pelo INPC, a partir do arbitramento.

Condeno a ré também ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 15% (quinze por cento) sobre o valor atualizado da condenação, na forma do art. 85, §2º, do CPC.

Após o trânsito em julgado, certifique-se, procedendo às anotações de estilo e intime-se a autora a dizer se tem interesse no cumprimento sentença na forma prevista na Lei, no prazo de 05 (cinco) dias.

P.R.I. Cumpra-se.

Cuiabá-MT, data registrada no sistema.

Ana Paula da Veiga Carlota Miranda

Juíza de Direito

Assinado eletronicamente por: ANA PAULA DA VEIGA CARLOTA MIRANDA
<https://clickjudapp.tjmt.jus.br/codigo/PJEDAZLZBQYDF>



PJEDAZLZBQYDF