

Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
6ª Vara Cível da Comarca de Jaboatão dos Guararapes

ROD BR-101 SUL KM 80, S/N, - do km 86,007 ao km 88,000, PRAZERES, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE CEP:
54345-160 - F:(81) 34615600

Processo nº 0016543-39.2023.8.17.2810

AUTOR: _____

RÉU: AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A

Vistos, etc.

_____, qualificado nos autos, ajuizou o que chamou de “**AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C TUTELA DE URGÊNCIA e DANOS MORAIS**” em face de **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A**, também qualificado.

Pugnou pela JG, pela prioridade de tramitação e pela dispensa da audiência de conciliação. Alegou que é cliente do plano réu, tendo sido diagnosticado com enfermidade identificada por câncer no rim como “Tumor Renal Sólido acometendo a totalidade do Rim Direito – Neoplasia Maligna do Rim (CID C-64)”, sendo-lhe prescrito tratamento médico que consiste no seguinte procedimento cirúrgico “NEFRECTOMIA RADICAL + LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA, TODOS POR VIA ROBÓTICA, no Hospital Esperança”, o que teria sido negado pelo plano de saúde réu, que teria indicado procedimentos diversos e mais arriscados ao autor em substituição ao tratamento perseguido. Pugnou, em **tutela de urgência**, pelo custeio e pela autorização integral do tratamento referido pela parte ré, conforme laudo médico acostado aos autos. Teceu considerações jurídicas sobre o assunto e sobre os danos sofridos. **Ao final**, pugnou pela ratificação da liminar, além de indenização por danos morais de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais). Anexou documentos. Deu à causa o valor de R\$ 55.000,00 (cinquenta e cinco mil reais), sendo quarenta mil reais referente aos custos do procedimento e quinze mil reais referente ao pedido de indenização por danos morais. Pugnou pela adesão ao juízo 100% digital e pelo sigilo dos autos. Anexou documentos.



Conclusos os autos, determinei a emenda da inicial para comprovação da alegada pobreza e esclarecimentos a respeito da negativa de cobertura do réu.

Intimado, o autor recolheu as custas processuais e requereu a retificação da sua idade identificada na inicial para 65 anos. Informou que a negativa foi tácita, não tendo obtido resposta formal da ré, o que é sua praxe.

Vieram-me os autos conclusos.

É O RELATÓRIO. DECIDO.

Prejudicado o pedido de JG, ante o recolhimento das custas.

Passo à análise do pedido liminar.

A regra do art. 300 do CPC assim determina:

“Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a o probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. § 1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la. § 2º A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente ou após justificação prévia. § 3º A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão.”

Assim, para a concessão da tutela de urgência, é suficiente que o juiz se convença da existência de elementos que evidenciem a probabilidade do direito – *não mais a prova inequívoca do art. 273 do CPC/73* – e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo. Humberto Theodoro Júnior destaca^[1]:

“As tutelas de urgência – cautelares e satisfativas – fundam-se nos requisitos comuns do fumus boni iuris e do periculum in mora. Não há mais exigências particulares para obtenção da antecipação de efeitos da tutela definitiva (de mérito). Não se faz mais distinção do pedido antecipatório amparado em prova inequívoca.

(...)

Os requisitos, portanto, para alcançar-se uma providência de urgência de natureza cautelar ou satisfativa são, basicamente, dois: a) um dano potencial, um risco que



corre o processo de não ser útil ao interesse demonstrado pela parte, em razão do periculum in mora, risco esse que deve ser objetivamente apurável. B) a probabilidade do direito substancial invocado por quem pretenda segurança, ou seja, o fumus boni iuris.”

Sobre o direito material específico em questão, a Lei 9.656/98 prevê expressamente a obrigatoriedade de cobertura das doenças listadas na “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde”. É o que se conclui da leitura de seu artigo 10, *caput* e §2º, que traz o chamado “plano-referência”, de cobertura mínima devida a qualquer beneficiário do plano:

*Art. 10. É instituído o **plano-referência** de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, **compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil**, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, **das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei**, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

*§ 2º **As pessoas jurídicas** que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei **oferecerão, obrigatoriamente**, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo **a todos os seus atuais e futuros consumidores**. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001 c/c ADI 1931, STF)*

O plano-referência, de oferta mínima obrigatória por parte das operadoras de planos de saúde, portanto, ressalvadas hipóteses dos incisos do artigo 10[2], abarca todos os tratamentos das doenças elencadas com CID (Cadastro Internacional de Doenças).

Sendo assim, basta que a parte autora, vinculada ao plano de saúde, junte documentação médica demonstrando necessidade de tratamento de doença sofrida pelo consumidor para que tenha direito à cobertura do tratamento.

Portanto, a doença da qual padece o beneficiário do plano de saúde e o respectivo tratamento devem ser atestadas por profissional competente para tanto, qual seja, o seu médico assistente, de livre escolha do paciente, o que é assegurado pela própria lei 9.656/98 (art. 1º, I[3]) e pela RN 465/ANS (art. 6º[4]) de 24/02/2021.



Ainda, a Lei 14.454/2022 estabeleceu critérios objetivos para que se permita a cobertura obrigatória mínima, por planos de saúde, de tratamentos médicos não incluídos no rol de cobertura mínima obrigatória da ANS.

Eis os dispositivos pertinentes à questão na lei de planos de saúde (Lei 9.656/98):

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...)

*§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, **será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar**, atualizado a cada incorporação. (Redação dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

(..)

*§ 12. **O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar**, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, **constitui a referência básica para os planos rivados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes e atenção à saúde.** (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

*§ 13. **Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:** (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

*I - **exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou** (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

*II - **existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.** (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)*

Desta feita, por simples leitura, percebe-se que a legislação pacificou de vez a questão acerca da necessidade de observância do rol de cobertura mínima obrigatória da ANS, estabelecendo que a cobertura de tratamentos não incluídos neste rol deve atender aos critérios prescritos no artigo 10, §13, I ou II, da lei 9.656/1998.



No caso dos autos, percebe-se que o autor é vinculado ao plano de saúde demandado pelo segmento ambulatorial, hospitalar com obstetrícia (conforme carteira do plano ID 128890697), não sendo, portanto, plano de adesão regido estritamente por contrato, e sim plano de referência aludido no já citado artigo 10 da Lei 9.656/98.

Ademais, o laudo ID 128890698 apresentado é minucioso na descrição da evolução do procedimento de nefrectomia de que demanda o autor, afirmando que o procedimento sugerido pelo plano de nefrectomia laparoscópica pura possui alta dificuldade técnica de realização, com riscos de ineficácia ali descrito, por vezes sendo necessária reoperação de urgência, motivo pelo qual indica procedimento com auxílio da robótica, o qual atestou o médico ser de ampla eficácia e aceitação mundial, motivo pelo qual dou por supridos os requisitos do artigo 10, §13, da Lei de 9.656/98 para autorizar a realização do procedimento, ainda que não conste do rol da ANS.

Assim, tenho como evidenciada a probabilidade do direito, a justificar a concessão da tutela de urgência pretendida no que diz com a cobertura securitária. No que diz com a urgência, decorre do estado de saúde do autor e da doença grave que enfrenta, a justificar pronto atendimento médico e cirúrgico na busca da sua recuperação.

Por fim, quanto ao local de realização do procedimento, o autor pretende que o seja feito especificamente no Hospital Esperança, do qual não se tem notícia acerca da existência ou não de convênio na rede credenciada da parte ré, a quem deverá ser dada oportunidade de prestar o serviço dentro de sua rede credenciada, o que leva ao acolhimento parcial do pedido de tutela de urgência formulado.

DIANTE DO EXPOSTO, com base na fundamentação supra, **DEFIRO PARCIALMENTE** o pedido de tutela de urgência formulado, a fim de determinar à parte ré que **autorize e custeie o procedimento médico cirúrgico perseguido pelo autor na inicial descrito como “NEFRECTOMIA RADICAL + LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA, TODOS POR VIA ROBÓTICA”**, conforme requerido no laudo ID 128890698, em hospital de sua rede credenciada ou, não sendo possível, no Hospital Esperança, conforme pleiteado pelo autor.

A ordem liminar deverá ser cumprida pela parte ré em 05 (cinco) dias, sob pena de sequestro dos valores orçados no ID 128890698 em R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para custeio diretamente pelo autor.

CITE-SE E INTIMEM-SE COM A MÁXIMA URGÊNCIA, INCLUSIVE EM REGIME DE PLANTÃO.

Quanto à audiência inicial de conciliação prevista no artigo 334 do CPC, tenho percebido que quase todas as audiências designadas (senão a sua totalidade), restam frustradas em razão da ausência de apoio das partes, em especial falta de



fornecimento de e-mails e telefones de contato. Muitas, inclusive, já demonstram desinteresse expresso na forma da audiência designada tão logo contatadas pelo conciliador, ou, ainda, a parte autora já deseja na petição inicial que não seja designada audiência por não ter interesse em fazer acordo ou a audiência retardar a celeridade do processo, como é o caso dos autos.

Além disso, com o número restrito de servidores no núcleo do CEJUSC, as audiências estão sendo designadas em prazo longínquo, postergando demasiadamente a realização do ato; e, portanto, a apresentação de defesa, o que extrapola a duração razoável do processo e a celeridade processual.

Com tais considerações, deixo de designar, por ora, a audiência de conciliação do artigo 334 do CPC, o que não impede que, havendo requerimento específico das partes, seja designada audiência de conciliação no futuro, com possível presidência, inclusive, desta Magistrada. Outrossim, não posso deixar de consignar que os procuradores das partes igualmente podem manter contato no curso do processo e buscar a solução consensual, ante a função essencial que desempenham na administração da Justiça (art. 133 da CRFB).

CITE-SE a parte ré para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, contados da juntada do expediente de citação.

Havendo **contestação, intime-se a parte autora para, querendo, apresentar réplica à contestação (art. 350 e 351, do CPC), no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão.**

E, em seguida, intemem-se as partes para, em 05 (cinco) dias, caso desejem produzir provas, **ESPECIFICAR e JUSTIFICAR** a necessidade, com capacidade para "*influir eficazmente na convicção do juiz*" (CPC, art. 369), inclusive apresentando os quesitos e/ou o rol de testemunhas, caso especifiquem e justifiquem a necessidade de prova pericial e/ou testemunhal; vedado o protesto genérico, **sob pena de indeferimento, ADVERTINDO-AS de que sua omissão importará em julgamento antecipado da lide (art. 355, I, do NCPC)** .

Nos termos da Recomendação nº 03/2016-CM/TJPE, **este despacho deve servir como carta de citação e intimação para a ré, sem devolução ou nova conclusão ao Juiz até a realização da audiência mencionada.**

DEVE O RÉU SER ALERTADO DA OPÇÃO PELO JUÍZO 100% DIGITAL REALIZADA PELA RÉ, DILIGENCIANDO, INCLUSIVE, O SR. OFICIAL DE JUSTIÇA O SEU TELEFONE E E-MAIL, COM CERTIFICAÇÃO NOS AUTOS.

Cumpridas as determinações supra, voltem-me conclusos.

Diligências legais.



Jaboatão dos Guararapes, 28 de março de 2023.

Fabiana Moraes Silva,

Juíza de Direito.

[1] Curso de Direito Processual Civil, Volume I, 57ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2016.p. 623.

[2] Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencialmédico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, **exceto**: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; (Redação dada pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

VII- fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

[3] Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a **finalidade de**



garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, **livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada**, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

[4] Art. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos **poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais**, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

§ 1º **Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos serão de cobertura obrigatória uma vez solicitados pelo:**

I - médico assistente; ou

II- cirurgião-dentista assistente, quando fizerem parte da segmentação odontológica ou estiverem vinculados ao atendimento odontológico, na forma do art. 4º, inciso I.

