A 3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO), por unanimidade de votos, manteve decisão monocrática que negou recurso interposto pela Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho em ação de obrigação de fazer ajuizada por Zenaide Rodrigues de Lima. Apesar do plano de saúde ter pleiteado a devolução dos valores utilizados para adquirir a prótese cardíaca que a mulher necessitava, o relator do processo desembargador Itamar de Lima observou que a empresa não pode se negar a cobrir o procedimento, além de não ter apresentado fatos novos capazes de modificar a decisão.

Consta dos autos que, desde o ano de 2003, Zenaide é beneficiária do plano de saúde, contudo, posteriormente, ela necessitou da implantação de prótese cardíaca de longa duração. Por meio de liminar, ela conseguiu a realização do procedimento. A Unimed interpôs recurso alegando que o contrato firmado com Zenaide contém cláusula que exclui a cobertura de despesas como o fornecimento de próteses de origem importada não nacionalizada.

De acordo com a empresa, as determinações da Agência Nacional de Saúde (ANS) são cumpridas rigorosamente, não podendo ser "obrigada" a extrapolar os limites impostos pelo órgão responsável pela normatividade do sistema. Ela pleiteou a reforma da sentença para julgar improcedente o pedido inicial e declarar a obrigação de Zenaide em devolver os valores gastos com a prótese.

Itamar de Lima ressaltou que o relatório de solicitação expedido pelo cardiologista comprova a necessidade de Zenaide em realizar o procedimento para implantação da prótese mitral e de longa duração. Para o desembargador, o pleito da Unimed não merece prosperar, pois não foi apontado a ela qualquer produto similar que pudesse substituir com a mesma eficiência as próteses de longa duração indicadas à paciente em razão da peculiaridade clínica, uma vez que este material é mais benéfico para a saúde da mulher.

Ele pontuou que o plano de saúde não apresentou fatos novos que sejam capazes de modificar a decisão monocrática. Itamar de Lima citou o artigo 10 da Lei nº 9.656 de 1998, que diz: "são permitidas as seguintes exclusões assistenciais: fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Anvisa".

O magistrado ressaltou que por se tratar de implante importado, mas nacionalizado, sua cobertura é obrigatória. "Diante da inexistência de qualquer cláusula contratual que limite a cobertura do plano de saúde do procedimento médico em que a paciente foi submetida, é inconcebível admitir a recusa de fornecimento ao segurado". Itamar de Lima concluiu que não há razão para a Unimed negar a cobertura, pois o médico responsável pela cirurgia visando o melhor tratamento e recuperação para a paciente, determinou os materiais que melhor atendem essas finalidades.

A ementa recebeu a seguinte redação: "Agravo regimental em apelação cível. Ação de obrigação de fazer. Plano de Saúde. Procedimento cirúrgico. Implantação de prótese. Produto importado nacionalizado. RN Nº 211/2010 E RN Nº 338/2013 DA ANS. Registro na Anvisa. Previsão contratual. Cobertura obrigatória. Material indicado pelo médico da consumidora em virtude de ser mais benéfico à saúde da paciente.
1. Conforme definição prevista no art. 16, § 1º, inc. V, da Resolução Normativa (RN) nº 211/2010 e no art. 19, § 1º, inc. V, da RN nº 338/2013, ambas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os equipamentos importados que possuem registro na Anvisa são considerados produtos nacionalizados, de forma que não há falar em exclusão assistencial valendo-se de mero fundamento quanto à origem do produto;
2. Nos termos do disposto em cláusula contratual expressa, não se permite a exclusão de cobertura a implante de material importado nacionalizado sobretudo quando este é necessário ao êxito do procedimento cirúrgico (Lei nº 9.656/98, art. 10, inc. V e VII);

3. Tendo o médico responsável pela cirurgia da autora, visando o melhor tratamento e recuperação possíveis para a paciente, determinado os materiais que melhor atendem essas finalidades, não há razão para o plano de saúde negar a cobertura, mormente quando não há prova ao contrário produzida pela ré;
4. Não trazendo a parte recorrente nenhum elemento novo capaz de sustentar a pleiteada reconsideração da decisão fustigada, deve ser desprovido o recurso.

Fonte: TJGO, em 14.07.2014.