
Unimed deve pagar tratamento de radioterapia de idosa, decide TJ-RS

A 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, de forma unânime, [decidiu](#) que a Unimed deve custear o tratamento de radioterapia de anciã que desenvolveu pré-câncer na mama esquerda — negando, em decorrência, provimento à apelação da operadora de saúde, que tentou se eximir da responsabilidade.

O acórdão, que reverteu sentença de primeiro grau, saiu do julgamento que aconteceu no dia 24 de março, com a presença dos desembargadores Luís Augusto Coelho Braga (presidente e revisor), Ney Wiedemann Neto e o juiz de Direito Léo Romi Pilau Júnior (relator).

Segurada da Unimed Porto Alegre desde outubro de 1991, a anciã pediu que a operadora pagasse os custos decorrentes do tratamento de radioterapia e outros procedimentos de tomografia computadorizada que teria de se submeter, aos 76 anos, por conta do diagnóstico de um linfonodo sentinela na mama esquerda. Em agosto de 1998, com a edição da Lei dos Planos de Saúde, disse que seu contrato foi aditado, para incluir a cobertura de exames complexos. A operadora, entretanto, negou cobertura do tratamento, sob o fundamento de que seriam procedimentos experimentais. A consumidora, então, ingressou com ação judicial, para fazer valer a cobertura contratual.

Em juízo, a Unimed contestou, mencionando que o contrato não foi regulado pela Lei 9.656/98 — já que o original era de 1991. Argumentou ainda que a segurada teve a oportunidade de migrar para contrato mais vantajoso, mas recusou a opção. A empresa afirmou ainda a legalidade da negativa de cobertura para os procedimentos, pois estes não constam na tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Segundo a Unimed, somente em 2003 estes foram incluídos na classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos, de modo que não estão abrangidos pelo contrato.

Em agosto de 2009, o juiz José Antônio Coitinho, da Comarca de Porto Alegre, julgou procedente o pedido da consumidora. Concedeu liminar, determinando a cobertura contratual ou o ressarcimento dos valores pagos destinados a esta finalidade.

Inconformada com a sentença, a Unimed apelou ao TJ-RS, detalhando os argumentos apresentado na primeira instância. Amparada nos princípios da irretroatividade de lei e do ato jurídico perfeito, reafirmou que a Lei 9.656/98 não incide sobre o contrato em questão, firmado em 1991 entre a Unimed Porto Alegre e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A seguradora lembrou que deu a oportunidade de migrar para planos já adaptados às garantias e coberturas estipuladas pela Lei 9.656/98 — o que não foi aceito nem pela UFRGS, nem pelos beneficiários. Logo, salientou que o contrato discutido, por não estar regulamentado pela atual legislação, não autoriza a cobertura dos procedimentos requeridos pela consumidora. Estes estariam cobertos apenas nos contratos regulamentados, em conformidade com a relação constante na Agência Nacional de Saúde (ANS).

Decisão colegiada

O relator do recurso no TJ-RS, juiz de Direito Léo Romi Pilau Júnior, iniciou a exposição de se voto ressaltando que a atividade dos planos de saúde está abrangida no Código de Defesa do Consumidor. Lembrou que a 6ª Câmara Cível já pacificou o entendimento no sentido de que os contratos de seguro

são, em regra, renováveis periodicamente, fazendo com que cada renovação corresponda a um novo contrato — o qual deverá estar em consonância com a legislação em vigor naquela determinada época. Por isso, não se pode falar em irretroatividade da lei ou violação ao ato jurídico perfeito.

“Desta forma, em se tratando de contrato estipulado por prazo indeterminado, com renovações periódicas e automáticas, devem suas estipulações atender a regulação das sucessivas inovações legislativas atinentes a cada novo período.”

Quanto à negativa de cobertura para os procedimentos médicos, conforme rol editado pela ANS, o relator citou o artigo 10 da Lei 9.656/97, que instituiu o plano-referência de assistência à saúde, “perfeitamente aplicável ao caso em apreço”. Afinal, o procedimento pleiteado pela consumidora não se encontra entre as exceções de cobertura ali elencadas.

O relator destacou que “a pretensão posta em debate é de extrema relevância na medida em que diz respeito ao tratamento de câncer, que não se esgota com os procedimentos já franqueados pela requerida, exigindo-se, para a cura, outros tantos métodos, tal como o postulado. Ressaltou que a finalidade dos planos de saúde é tratar da doença, resultando qualquer restrição quanto aos procedimentos necessários à cura em inobservância das exigências contidas na legislação antes referida, assim como cristalina violação ao Código Consumerista”.

Clique [aqui](#) para ler o acórdão.

Date Created

04/04/2011