

Plano de saúde deve custear fertilização in vitro de paciente

A 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo condenou uma operadora de plano de saúde a cobrir o procedimento de fertilização *in vitro* de uma paciente com endometriose, baixa reserva de óvulos e infertilidade.

iStockphotos



iStockphotos Plano de saúde deve custear fertilização in vitro de paciente, decide TJ-SP

Na inexistência de clínica na rede credenciada, o ressarcimento das despesas deve ocorrer nos limites do contrato firmado entre as partes. A ré deverá ainda reembolsar os valores que já foram pagos pela paciente em clínicas particulares.

A autora alegou que não pode engravidar sem procedimentos cirúrgicos. Ao entrar em contato com a operadora de seu plano de saúde, foi informada que devido ao grau de complexidade do problema, não haveria especialista na rede credenciada. A mulher, então, buscou atendimento em clínicas particulares, que sugeriram que ela se submetesse à reprodução assistida, o que foi negado pela operadora.

Para o relator do recurso, desembargador A.C Mathias Coltro, apesar de existir, no contrato de prestação de serviços, uma cláusula que determina a exclusão de cobertura do plano para inseminação artificial e outras técnicas de fertilização, o Código de Defesa do Consumidor estabelece a nulidade de cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que estabeleçam obrigações consideradas abusivas ou que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada.

“Saliente-se que se cuida de contrato de adesão, no qual pouco resta à parte para opinar no momento do acerto, sendo inviável a elaboração de contrato individual, tendo a contratante que optar por aquele que lhe é mais conveniente, mas nem sempre é aquele por ela pretendido e, sempre é o que convém às empresas, tanto que para amparar tais situações desiguais é que se editou o Código de Defesa do Consumidor”, disse.



Segundo o magistrado, não há que se falar em legalidade de negativa por parte da operadora em razão do procedimento não constar no rol de procedimentos da ANS, "pois este rol constitui referência básica para cobertura assistencial mínima e não pode se sobrepor à Lei Federal 9656/98, não sendo taxativo, mas sim exemplificativo, não podendo as operadoras de plano de saúde restringir ou negar suas autorizações a este rol". A decisão foi unânime. *Com informações da assessoria de imprensa do TJ-SP.*

Date Created

17/03/2021