



# MANUAL DE ESTRATÉGIAS JURÍDICAS PARA A TRATATIVA DE DECISÕES JUDICIAIS

*Saúde Suplementar*

CUIDAR DE VOCÊ. ESSE É O PLANO.



## **EXPEDIENTE**

### **Diretoria Executiva**

Luiz Otávio Fernandes de Andrade

Aylan César de Melo

Dilson Lamaita Miranda

### **Autores**

Fábia Madureira de Castro Bicalho

*Gestão Jurídica - Unimed Federação Minas*

### **Colaboradores**

Fernanda Ferreira Sciavicco Garcia Guimaraes

*Gestão Jurídica - Unimed Federação Minas*

Isabela Cândido Vieira de Carvalho

*Gestão Jurídica - Unimed Federação Minas*

### **Projeto Gráfico e diagramação**

*Gestão de Comunicação e Marketing - Unimed Federação Minas*

**Elaboração:** abril de 2019

**Publicação:** julho de 2019

**Versão:** 01/00

# ÍNDICE

<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 - RECEBENDO A INTIMAÇÃO DE UMA “LIMINAR”</b> .....	<b>7</b>
2.1 – Como devo portar-me ao receber uma “liminar”? .....	8
2.2 – De quem é a responsabilidade pela tratativa da “liminar”? .....	8
2.3 – De posse de uma “liminar”, eu tenho de autorizar tudo e cobrir qualquer custo? .....	9
<b>3 – ASPECTOS ESPECÍFICOS DAS “LIMINARES” E OUTRAS DECISÕES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR</b> .....	<b>10</b>
3.1 – Demanda assistencial .....	10
3.1.1 – Internação domiciliar .....	11
3.1.2 – Terapia medicamentosa .....	15
3.1.3 – Tratamento fora da rede credenciada ou em prestador de alto custo .....	19
3.1.4 – Negativa por estar fora do Rol da ANS .....	20
3.1.5 – Pedido para tratamento experimental .....	22
3.1.6 – Cirurgias plásticas .....	23
3.1.7 – Órtese, prótese e materiais especiais (OPME) importados e/ou, sem registro na Anvisa .....	25
3.1.8 – Negativa de cobertura em plano não regulamentado .....	26
3.2 – Demanda não assistencial.....	26
3.2.1 – Reajuste por mudança de faixa etária .....	26
3.2.2 – Reajuste em plano coletivo versus aplicação do reajuste anual, fixado pela ANS .....	28
3.2.3 – Cancelamento de contrato coletivo e individual.....	30
<b>4. QUESTÕES PROCESSUAIS RELEVANTES A SEREM OBSERVADAS</b> .....	<b>31</b>
4.1 – Decisões genéricas.....	31
4.1.1 – Decisão que determina cobertura integral .....	32
4.1.2 – Cobertura de tudo até o final do tratamento ou decisão que determina tratamento por tempo indeterminado.....	32
4.2 – Questões estratégicas para a interposição de agravo de instrumento .....	33
4.3 – Da utilização dos Embargos de Declaração.....	34
<b>5. DISPOSIÇÕES FINAIS</b> .....	<b>35</b>
<b>6. ANEXOS</b> .....	<b>36</b>





## 1 - INTRODUÇÃO

Este manual prático foi inspirado nas experiências vivenciadas ao longo dos anos na Unimed Federação Minas, especialmente ao trabalhar junto às suas Federadas na busca de soluções para decisões judiciais que as compeliam ampliar coberturas. Nessas situações, em muitos casos, tivemos o prazer de participar das lutas e, ainda, presenciar parte de algumas importantes vitórias.

Nessa caminhada, foi possível observar a necessidade de compartilhar algumas estratégias importantes para a tratativa de decisões judiciais que assombram os dirigentes, o jurídico e alguns colaboradores das Singulares, que lidam diretamente com o impacto de tais decisões.

Sem a pretensão de solucionar todos os problemas e, muito menos, apresentar uma receita mágica, pretende-se, por meio deste Manual Prático, apontar alguns caminhos que já foram trilhados e que surtiram bons efeitos e, a partir deles, espera-se que as Singulares possam, até mesmo, aprimorar a proposta apresentada.

Portanto, pretende-se, com a elaboração deste material, auxiliar todos os envolvidos na tratativa dos casos de tutela de urgência, especialmente auxiliar nas estratégias para a condução do processo, parte reservada aos operadores do direito.

Por fim, cumpre ressaltar que, do ponto de vista técnico, o Código de Processo Civil vigente trata como tutela de urgência a vulgarmente conhecida “liminar”. Dessa forma, com o objetivo de tornar fácil e imediata a compreensão do conteúdo aqui desenvolvido, para todos os participantes do procedimento na Singular, o conteúdo conterà apenas a identificação da expressão “liminar”.

## 2 – RECEBENDO A INTIMAÇÃO DE UMA “LIMINAR”

Usualmente, este tipo de decisão judicial, que visa suprir uma necessidade do beneficiário, é concedido quando, via de regra, o julgador observa a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo<sup>1</sup>.

Ou seja, quando há indicação de uma urgência/emergência pautada em relatório médico, quando se constata a existência de um contrato de prestação de serviços e, também, outros diversos elementos que convençam o juiz que aguardar a decisão final (sentença) no processo pode impactar em risco de perda da eficácia da medida.

<sup>1</sup> Lei 13.105, de 2015. Código de Processo Civil. Art. 300.



## 2.1 – Como devo portar-me ao receber uma “liminar”?

Em primeiro lugar, recomenda-se que haja um alinhamento sobre qual será o setor responsável em receber tais intimações. Este é o ponto de partida importante especialmente para se elaborar um fluxo, que deverá contemplar a imediata tratativa da intimação. Via de regra, orienta-se que seja direcionado à assessoria jurídica, que possui um senso crítico sobre a leitura do conteúdo da intimação e, eventualmente, observe algum ponto de atenção e está apto, tecnicamente, para fazer ressalvas imediatas no mandado.

Não obstante, caso não se tenha um advogado à disposição, a gerência pode analisar o documento ou encaminhar para outro colaborador que a Singular deliberar, sempre se atentando para que as questões postas no mandado sejam detalhadamente observadas.

O primeiro ponto é avaliar se o mandado contém todos os elementos que permitam a imediata identificação das partes, a finalidade da citação com todas as especificações constantes na petição inicial, a menção do prazo para contestar, o indicativo do teor da ordem judicial liminar com o apontamento de prazo para cumpri-la e qual a multa aplicada no caso de descumprimento da ordem, entre outros elementos conforme descrito no artigo 250 do Código de Processo Civil.

Após observadas todas as formalidades acima, uma questão importante é avaliar se o autor da demanda é cliente da Singular citada/intimada ou de uma coirmã. Sendo desta última, é imprescindível que sejam observados todos os procedimentos previstos no “Capítulo 11 – Intercâmbio Jurídico” do manual de intercâmbio, especialmente os prazos e as formas de comunicação para alinhamento com a Unimed de origem<sup>2</sup>.

## 2.2 – De quem é a responsabilidade pela tratativa da “liminar”?

Há um paradigma equivocado sobre “a liminar ser responsabilidade do jurídico”, entretanto, é importante destacar que usualmente uma decisão judicial pode ser vista mais como a ponta de um iceberg.

Isso porque, antes de judicializar, na grande maioria dos casos, o cliente já possui um histórico junto à Singular (atendimento, auditoria, etc.) e, portanto, é imprescindível que, para o sucesso da análise de qualquer caso, os setores afetos à matéria debatida sejam envolvidos desde o início.

<sup>2</sup> Unimed do Brasil. Manual de Intercâmbio. Capítulo 11. Intercâmbio Jurídico.



Exemplo: se a demanda refere-se à internação domiciliar, é necessário acionar a equipe responsável para constatar se há algum histórico de atendimento, se há alguma providência administrativa a ser incorporada no âmbito jurídico entre outras questões.

### 2.3 – De posse de uma “liminar”, eu tenho de autorizar tudo e cobrir qualquer custo?

A recomendação é que sempre seja feita uma análise pormenorizada da decisão judicial e que seja analisado todo o contexto: **(i)** qual é o pedido feito na petição inicial, **(ii)** o que o relatório médico indica e, por fim, **(iii)** qual é o comando expresso na decisão judicial. Importante destacar que, via de regra, a obrigação de fazer deve constar de forma bastante delimitada.

Lado outro, se não for este o caso e não se tenha uma delimitação da obrigação de fazer, há risco de a discussão passar a ser ampla sobre os itens a serem cobertos ou, até mesmo quanto aos valores (e possíveis excessos). Este é um ponto de atenção importante a ser tratado pela Singular, que poderá valer-se de recursos aplicáveis ao momento processual e ao juízo em que a causa tramita. Isso porque, sem a delimitação da “liminar”, por exemplo, haverá grande dificuldade de serem contornados eventuais excessos, pois a subjetividade pode ser um fundamento para amparar cobranças excessivas.

Um exemplo prático são os casos em que há determinação para que o tratamento seja realizado por tempo indeterminado. É importante avaliar a possibilidade de questionamento para delimitação da obrigação como, por exemplo, propondo a reavaliação do paciente de tempos em tempos.

Igualmente, são os casos em que o juiz determina o custeio de todo o tratamento em hospital não credenciado e/ou de alto custo. É imprescindível que as decisões não afrontem a segurança jurídica, mas tragam obrigações exequíveis e factíveis, em respeito à garantia do devido processo legal.

Por fim, a limitação de um reajuste discutido no processo (exemplo: por faixa etária) em que o juiz determina um valor fixo da parcela, deixando de considerar outros reajustes que possam ser aplicados e que estão fora da discussão (reajuste anual).

Logo, diante de obrigações genéricas ou mesmo indefinidas, é importante que se analise a melhor estratégia para questioná-las e delimitá-las desde o início, sob pena de a necessidade de se questionar surja apenas tempos depois, quando uma conta tiver de ser paga, ou, por exemplo, um reajuste anual tiver de ser lançado, havendo risco de os prazos recursais já terem se esgotado.



## 3 – ASPECTOS ESPECÍFICOS DAS “LIMINARES” E OUTRAS DECISÕES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

### 3.1 – Demanda assistencial

Inicialmente, é importante ter em mente que, a demanda em saúde, notadamente quando se refere à questão assistencial, deve ser considerada com a complexidade que a matéria requer.

Nesse passo, a autossuficiência do direito não pode ter espaço na análise das decisões.

Em que pesem as questões contratuais, percebe-se que hoje em dia a melhor forma de se elaborar uma defesa dentro desta matéria é explorar ao máximo as questões técnicas. Para tanto, um exemplo valioso é que a área do direito esteja em constante diálogo com a área da saúde, valendo-se, especialmente, da medicina baseada em evidência (MBE), expressão para a qual o judiciário tem se atentado nos últimos anos.

Nas palavras do juiz Clenio Jair Schulze “*A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um poderoso instrumento para a resolução das demandas em que são postulados medicamentos, tratamentos, próteses e/ou outras tecnologias*”.<sup>3</sup>

Além da referência supra, no mesmo livro escrito por Schulze para tratar este debate, há uma crítica à autossuficiência do direito em resolver, por si só, todos os dilemas da vida em sociedade e, especialmente, quando o assunto é o direito à saúde.<sup>4</sup>

Assim, o autor propõe a tese de não ser possível resolver uma questão sobre direito à saúde com a abordagem isolada, mas que ela seja feita assentada na perspectiva do direito baseado em evidências (DBE).

Nesse contexto, a proposta é que ambas as ciências caminhem lado a lado, proporcionando ao judiciário elementos fundados nas melhores evidências e provas, eis que o fenômeno da judicialização da saúde, por ser uma temática complexa e sensível, não pode ser solucionada a partir da visão isolada da teoria dos direitos fundamentais. (SCHULZE, 2018)

E, na prática, o direito possui amparo a esta necessária simetria de ciências e, com base nas alterações ocorridas na Lei de Introdução ao Direito Brasileiro – LINDB no

3 SCHULZE, Clenio. A Judicialização da Saúde no Século XXI. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018.pg. 24

4 SCHULZE, Clenio. A Judicialização da Saúde no Século XXI. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018.pg. 77/78.





ano de 2018, o advogado pode valer-se da fundamentação desta lei para provocar uma maior qualificação das demandas assistenciais.

Em destaque, é a disposição do artigo 20 da LINDB:

Art. 20. Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018)

Parágrafo único. A motivação demonstrará a necessidade e a adequação da medida imposta ou da invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, inclusive em face das possíveis alternativas. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018)

Dentro deste contexto, a utilização das expressões genéricas para fundamentar as decisões em desfavor das operadoras de planos de saúde, quais sejam “dignidade da pessoa humana”, “direito à vida”, entre outras várias, baseadas em princípios genéricos, não cabem mais no campo dos debates judiciais na área da saúde e devem ser impugnados pelos operadores do direito.

Dessa forma, faz-se imprescindível que os advogados compreendam a relevância desta contextualização para que as demandas não possuam “mais do mesmo” e, conseqüentemente, evitando-se que as decisões judiciais sejam engendradas em pré-conceitos, entendimentos obsoletos e genéricos, cabendo ao procurador da Singular explorar todos os aspectos particulares da demanda, construção que só poderá ser feita se houver um apoio multidisciplinar dentro da cooperativa.

Por fim, a recomendação é que sejam utilizadas as diversas ferramentas conquistadas ao longo dos últimos anos na saúde que podem auxiliar os operadores do direito a elevar o nível das discussões sobre a temática. Como exemplo são **(i)** os enunciados do Conselho Nacional de Saúde (CNJ) (lista anexa) e as recomendações deste órgão, **(ii)** o modelo de relatório médico circunstanciado elaborado pelo Comitê Executivo de Minas Gerais (modelo anexo) e **(iii)** toda a produção técnica existente, tais como pareceres produzidos pelo NATS e consulta à órgãos que possam emitir opiniões técnicas acerca de determinada matéria.

### 3.1.1 – Internação domiciliar

A tratativa de liminares envolvendo a atenção domiciliar foi objeto de amplo estudo e produção intelectual por parte da Gestão de Saúde Integral da Unimed Federação Minas. Assim, para tratar desta temática, recomenda-se a leitura complementar ao material denominado “Protocolo de tratativa de liminares judiciais envolvendo atenção domiciliar” disponível para todas as Singulares mineiras.



Cumpra ressaltar que dentro dessa discussão a expressão *home care* tem sido popularmente utilizada entre os profissionais de saúde e o judiciário brasileiro, sempre referindo-se às questões relativas ao suporte domiciliar. Entretanto, tecnicamente, aquela expressão não é correta.

Em que pese a expressão destacada no parágrafo anterior não ser a mais técnica, tornou-se popular e, portanto, mais fácil de se identificar quando há discussão judicial sobre cuidados no lar, mas que podem levar o juiz a generalizar todo e qualquer tipo de cuidado em domicílio.

Então, para promover um debate mais técnico e esclarecedor é fundamental que as operadoras observem a Resolução RDC n.º 11, de 26 de janeiro de 2006 da Anvisa, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar.

Como já adiantado, na referida Resolução, é possível constatar que a expressão *home care* não existe e torna-se temerária na medida em que pode denotar um cuidado muito mais amplo do que aquele que o paciente, de fato, necessita.

Portanto, na RDC 11/2006, recomenda-se analisar os objetivos, definições, condições gerais para implementação do cuidado domiciliar dentre outras orientações importantes que podem auxiliar, quando da discussão de uma demanda judicial, a esclarecer que o pedido feito para um beneficiário não passa de cuidados em casa que podem ser regularmente realizados pelos próprios familiares.

Importante indicar na defesa judicial que se valha também dos enunciados do CNJ<sup>5</sup>, quando se amoldarem ao caso concreto como, por exemplo, é o que está disposto no enunciado 64:

ENUNCIADO N.º 64: A atenção domiciliar depende de cobertura contratual e indicação clínica, podendo ser prestada nas modalidades de assistência domiciliar e internação domiciliar. A atenção domiciliar não supre a participação da família, responsável também pelo trabalho do cuidador, salvo cobertura contratual quanto a este último. (RDC 11/2006 – ANVISA). (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

Ou seja, as operadoras de planos de saúde não são obrigadas a ofertar este tipo de cobertura, sendo importante lembrar que há parecer técnico da ANS sobre a temática.<sup>6</sup> Neste parecer, a Agência Reguladora esclarece que a Lei 9.656/98 não

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/fa749133d8cfa251373f867f32fbb713.pdf>. Acesso em 22.04.2019

<sup>6</sup> Parecer técnico n.º 05/ GEAS/ GGRAS/ DIPRO/2018. Cobertura: Assistência Domiciliar (home care) Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer\\_tecnico/uploads/parecer\\_tecnico/\\_PARECER\\_05-2018\\_](http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/_PARECER_05-2018_)



inclui a assistência à saúde no ambiente domiciliar entre as coberturas obrigatórias, porém, existe a garantia de fornecimento para alguns itens especificados no referido parecer, aplicado aos planos regulamentados ou adaptados.

Com base na regulamentação, a assistência domiciliar pode ser oferecida pelas operadoras como alternativa à internação domiciliar devendo, para tanto, obedecer às exigências mínimas previstas na Lei 9.656, de 1998, para os planos de segmentação hospitalar, em especial o disposto nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g”, do inciso II, do artigo 12, da referida Lei. Por fim, não sendo tal assistência em substituição à internação hospitalar, a ANS recomenda que seja obedecida a previsão contratual ou a negociação entre as partes.

Sabe-se, entretanto, que o melhor caminho para se tratarem as demandas desta natureza é que a operadora possua uma estrutura para acolher os beneficiários quando do recebimento do pedido administrativo.

Então, caso a operadora possua este tipo de serviço, o acolhimento e a oferta de cuidados conforme o nível observado pela equipe técnica é um ponto importante, mas não é um meio 100% eficaz de obstar a judicialização.

Caso esta última ocorra, será fundamental o envolvimento da equipe responsável pelo cuidado, o fornecimento de relatório do acolhimento eventualmente realizado e, até mesmo, destacar algum ponto observado no prontuário que seja relevante para a defesa da Singular.

Todavia, independentemente de ter havido acolhimento prévio ou não, mesmo se a judicialização ocorrer diretamente neste tipo de demanda, deve-se olhar detalhadamente cada pedido feito. Recomenda-se, portanto, que o advogado apure cada item abaixo junto aos técnicos da área:

- ✔ Na análise do pedido administrativo, observar se é possível acolher o beneficiário e familiares, realizando uma análise individualizada do caso. Eis que esta tratativa, no primeiro momento, auxiliará na condução de eventual ação judicial;
- ✔ Verificar se a “internação domiciliar” decorre de continuidade da “internação hospitalar”: observam-se muitos casos que o paciente já está em casa e, portanto, esta abordagem, demonstrando a diferenciação dos níveis de cuidado, é importante para o judiciário.



- ✔ No caso de o médico solicitante ser cooperado, recomenda-se que a operadora invista em ações para alinhar o que é usualmente ofertado e o que não contém cobertura contratual.
- ✔ Avaliar cada item solicitado e considerá-los individualmente, notadamente para serem impugnados.
- ✔ Verificar se é possível realizar uma parceria com o serviço público, compartilhando os custos e as responsabilidades de qualquer modalidade de assistência domiciliar.<sup>7</sup> Exemplos importantes referem-se à oxigenoterapia, medicamentos especiais e dietas/suplementos.
- ✔ No caso de solicitação de “enfermagem 24 horas”: debater com a equipe se o suporte técnico é, de fato, necessário. Registre-se inclusive que há diferenciação na oferta de técnico 24 horas – o que seria o mais comum – ao profissional de enfermagem, propriamente dito.
- ✔ Observar se há solicitação de equipamentos como cama hospitalar, entre outros itens que devem ser, no caso de solicitados, impugnados pontualmente. Existem demandas que são apenas para o conforto de quem cuida (exemplo: cama elétrica) e não interferem no resultado final do cuidado com o paciente;
- ✔ Caso tenha indicação de medicamentos de uso ordinário, é importante verificar a possibilidade de impugnação. A assistência ofertada pelo plano de saúde é a médica, não a farmacêutica. Sobre a impugnação desta matéria, vide o item 3.1.2 deste material.
- ✔ Observar outras possíveis excentricidades no pedido e na decisão, como materiais de higiene – óleos, marcas específicas, etc. – dietas que não se fazem necessárias em substituição àquelas caseiras existentes e outros itens diversos, sendo recomendável que se faça impugnação específica.
- ✔ De posse dos subsídios, elaborar recurso contra a decisão destacando inclusive a real necessidade do beneficiário, instruindo esta ou qualquer outra manifestação no processo com avaliação atualizada da equipe multidisciplinar, se houver.
- ✔ Considerar elaborar pedidos subsidiários<sup>8</sup> para, caso o julgador não entenda pela cassação integral da decisão, pelo menos retire uma parte da “obrigação de fazer” como, por exemplo, excentricidades e exageros observados pela Singular, haja vista ser possível êxito parcial neste tipo de impugnação.

<sup>7</sup> Unimed Federação Minas. Protocolo de tratativa de liminares judiciais envolvendo Atenção Domiciliar.

<sup>8</sup> Código de Processo Civil. Art. 326 parágrafo único.



- ✔ Para a instrução do processo, recomenda-se que sejam realizadas avaliações periódicas do beneficiário, levando ao conhecimento do juiz, se a Singular entender importante;
- ✔ Verificar se é pertinente a realização da prova pericial, para corroborar os pontos técnicos impugnados pela operadora e se cabível na esfera judicial em que tramita a ação.

Por fim, registre-se que para os planos firmados antes da vigência da Lei 9.656/98 deve-se observar que “a cobertura assistencial deve ser aquela prevista nas cláusulas contratuais acordadas entre as partes.”

### 3.1.2 – Terapia medicamentosa

Para este tópico, serão debatidas as demandas judiciais que discutem o fornecimento de medicamentos. Nos contratos de planos de saúde, via de regra, o fornecimento da terapia medicamentosa se dá quando há internação hospitalar – observada a segmentação contratual. Então, ultrapassado o âmbito deste tipo de internação, é importante observar algumas particularidades e até mesmo exclusões, conforme esclarecido a seguir.

#### a) Pedido de medicamentos para uso domiciliar

Inicialmente, é importante destacar que este tipo de cobertura, geralmente, consta na lista de exclusões expressas do contrato de prestação de serviços, que contém respaldo na Lei 9.656/98, notadamente em seu artigo 10, inciso VI. Dispõe a Lei que o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não está contemplado dentre as coberturas obrigatórias, salvo alguns casos que se verão adiante.

Para os contratos não regulamentados, a referida lei não será aplicada e, portanto, a questão deve ser analisada conforme disposto em contrato.

A ANS orienta que, para os casos de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde<sup>9</sup>, é obrigatória a cobertura para:

- a) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso<sup>10</sup>; e

<sup>9</sup> Vide (art. 20, §1º, VI, da RN 428, de 2017)

<sup>10</sup> Vide art. 21, inciso XI, da RN nº 428, de 2017), respeitadas as Diretrizes de Utilização – DUT descritas nos itens 54 e 64, do Anexo II, da RN nº 428, de 2017



b) Medicamentos utilizados durante internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, obedecidas as exigências previstas nos normativos vigentes da Anvisa e nas alíneas “d” e “g”, do inciso II, do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998 c/c art. 14, da RN nº 428, de 2017.

Portanto, quando se tratar de discussão judicial para medicamentos fora das determinações contratuais e/ou regulatórias, o debate será em torno da inexistência de contratação de assistência farmacêutica e que esta é responsabilidade do SUS, nos termos da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Em síntese, judicialmente pode ser alegado que:

- ✔ o escopo do contrato é a cobertura assistencial, que engloba o atendimento em ambiente hospitalar e/ou ambulatorial (conforme a modalidade)
- ✔ não houve contratação para que a operadora prestasse serviços farmacêuticos, cuja responsabilidade é exclusiva do SUS, conforme Lei 8.080/90 “Art. 6º Estão incluídas ainda no **campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): (...)** d) de assistência terapêutica integral, **inclusive farmacêutica**.”
- ✔ deve-se verificar se o SUS oferta o medicamento em seus protocolos de atendimento e, sendo o caso, requerer à equipe técnica que oriente o beneficiário, bem como, seja informado isso ao juízo;
- ✔ mencione-se, se aplicável, o enunciado 11 do CNJ<sup>11</sup>.

### **b) Fornecimento de medicamento “off-label” ou sem registro na Anvisa**

Tratando-se de terapia medicamentosa dentro do âmbito de cobertura, é possível a existência de divergência acerca da sua obrigatoriedade e, assim, culminar em negativa de atendimento pelos motivos descritos no título deste tópico.

O primeiro ponto é o **uso off-label de medicamentos**. De acordo com a Anvisa, o uso *off-label* é definido como a indicação de medicamento de maneira distinta daquela autorizada pelo órgão regulatório de medicamentos em um país.

Trata-se de medicamento que é utilizado para uma indicação terapêutica não descrita no rótulo ou bula, podendo também estar relacionado ao uso em uma faixa etária diferente da que consta nesta, além de outra via de administração, dose e frequência de uso. Em geral, acontece quando ainda não existem bases científicas adequadas.

<sup>11</sup> ENUNCIADO Nº 11 Nos casos em que o pedido em ação judicial seja de medicamento, produto ou procedimento já previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o Poder Judiciário determinará a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), para o fim de acompanhamento e controle clínico. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019).



Existindo tal discussão numa ação judicial no âmbito privado, a questão pode ser elucidada caso a análise perpassa pela análise técnica específica para que seja possível atestar, com maior grau de certeza, a eficiência, a efetividade e a segurança do tratamento – requisitos que embasam a discussão em torno da medicina baseada em evidência (MBE).

Para esclarecer, segundo o professor Álvaro Nagib Atallah<sup>12</sup>:

A Medicina baseada em evidência (MBE) originou-se da nova ciência resultante da associação de métodos da epidemiologia com a pesquisa clínica.

[...]

A MBE veio coroar os conceitos fundamentais da Medicina e da Saúde de requererem evidências de eficácia, efetividade, eficiência e segurança para nortear decisões, tendo-se assim maiores probabilidades de se acertar.

Dessa forma, caso seja possível apurar se o medicamento indicado culmina, por exemplo, em tratamento experimental, a questão poderá ser discutida do ponto de vista técnico para tentar desconstituir a indicação apresentada.

Lado outro, é importante dizer que o STJ tem enfrentado a questão do medicamento prescrito e em caráter *off-label*. Uma decisão relevante foi a prolatada pela 3.<sup>a</sup> Turma do STJ em setembro de 2018 e, neste caso, houve impacto importante nas discussões de caso desta natureza, mas ainda sem a existência de uniformização da jurisprudência.<sup>13</sup>

Outro caso também julgado recentemente pelo STJ<sup>14</sup> em desfavor das operadoras de planos de saúde, mantendo-se a concessão do medicamento *off-label* para a beneficiária, foi possível observar uma abertura para discussão técnica, o que reforça a relevância de se investir neste tipo de fundamentação desde o início da instrução processual.

Observe-se, portanto, que, em termos de medicamento *off-label* para os planos de saúde, não há entendimento uniformizado no STJ, mas apenas decisões isoladas e, ainda que houvesse, importante que um possível precedente vinculante tenha sua aplicação afastada por meio da distinção fática do caso em que a operadora estiver atuando.

<sup>12</sup> IProfessor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Diretor do Cochrane Brazil. Diretor Eleito da Colaboração Cochrane Internacional. Editor das revistas São Paulo Medical Journal e Diagnóstico & Tratamento.

<sup>13</sup> STJ. 3.<sup>a</sup> Turma. Recurso Especial nº 1.721.705 - SP (2017/0267383-8). Relatora Ministra Nancy Andrighi Dje 06/09/2018.

<sup>14</sup> STJ. 4.<sup>a</sup> Turma. Recurso Especial nº 1.729.566 - SP (2017/0333668-7). Relator Ministro Luis Felipe Salomão. Dje30/10/2018.



No caso de pedido para fornecimento de **medicação sem registro na Anvisa**, a questão do registro na Anvisa tornou-se mais objetiva para o judiciário brasileiro na medida em que o Superior Tribunal de Justiça determinou a afetação do assunto (Tema 990). A questão debatida foi para definir se as operadoras de planos de saúde estão obrigadas ou não a fornecer medicamento importado, não registrado na referida Agência Reguladora e foi baseada nos Recursos Especiais REsp 1726563/SP e REsp 1712163/SP, ambos provenientes do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Após julgar a temática em novembro de 2018, o STJ firmou a tese de que *“as operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela Anvisa.”*

Em síntese, para quaisquer das discussões sobre medicamento, consoante temáticas apresentadas acima, a recomendação é que seja explorado:

- ✔ Considerar a discussão técnica acerca do caso, notadamente se for tratamento com medicação *off-label*, sendo primordial que não se tenha esta nomenclatura isoladamente como limitadora da negativa e da discussão, sob pena de o judiciário aplicar o julgado do STJ já mencionado acima. Portanto, recomenda-se a diferenciação do caso concreto, pautando-se o debate pelo conceito da medicina baseada em evidência, notadamente se for possível demonstrar que o tratamento é de cunho experimental.
- ✔ Sendo experimental o tratamento ou que a medicação ainda não esteja registrada na Anvisa, recomenda-se citar, especialmente, os enunciados 06<sup>15</sup>, 09<sup>16</sup> e 50<sup>17</sup> do CNJ.
- ✔ Notadamente para os medicamentos *off-label*, é importante que seja feita a melhor distinção fática do caso, com o maior respaldo técnico e maior diferenciação, especialmente embasando nos critérios da medicina baseada em evidência. Assim, haverá maior a chance de elevar a discussão e conseguir boas decisões para a área da saúde.

15 ENUNCIADO Nº 06 A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na Anvisa ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei (STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves – 1ª Seção Cível – julgamento repetitivo dia 25.04.2018 – Tema 106). (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

16 ENUNCIADO Nº 09 As ações que versem sobre medicamentos e tratamentos experimentais devem observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais (STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves – 1ª Seção Cível – julgamento repetitivo dia 25.04.2018 – Tema 106). (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

17 ENUNCIADO Nº 50 Não devem ser deferidas medidas judiciais de acesso a medicamentos e materiais não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou deferidas medidas judiciais que assegurem acessos a produtos ou procedimentos experimentais (Tema 106 STJ – STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves – 1ª Seção Cível – julgamento repetitivo dia 25.04.2018 e RE Poder Judiciário Conselho Nacional de Justiça 12 566471/RN, RE 657718/MG do STF). (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)





- ✔ Caso trate-se exclusivamente sobre medicamento sem registro na Anvisa, deve-se utilizar o respaldo das decisões do STJ supra referenciadas, especialmente o tema 990, cuja tese firmada foi “As operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela Anvisa.”

### 3.1.3 – Tratamento fora da rede credenciada ou em prestador de alto custo

Para as discussões judiciais envolvendo tratamento fora da rede credenciada, em outra área de abrangência e, especialmente, em hospital de alto custo, é fundamental que sejam tomadas as seguintes medidas:

- ✔ Estando o tratamento coberto, localizar prestador que realiza dentro da área de abrangência do contrato ou em outra área em que o custo do procedimento seja menor do que o pleiteado.
- ✔ Ao localizar o prestador, recomenda-se que o corpo técnico da operadora faça contato com este prestador e solicite, formalmente, uma declaração de capacidade técnica, podendo ser utilizado modelo conforme proposta em anexo a este manual.
- ✔ Importante, especialmente, localizar também um prestador que aceite negociação ou que faça parte da rede de uma coirmã na mesma cidade em que o beneficiário pleiteia tratamento, para se ter mais esta opção.
- ✔ Na impugnação à “liminar”, deve-se pleitear que o tratamento seja feito na rede credenciada e indicar o prestador que detenha o cabedal técnico para realizar o atendimento. Como pedido subsidiário<sup>18</sup>, deve-se, caso não seja o entendimento do juízo, pleitear que o pagamento seja feito nos limites das tabelas praticadas com os prestadores de serviço contratados pela operadora.
- ✔ Por fim, caso o solicitante seja um médico cooperado, recomenda-se que sejam adotadas medidas para orientá-lo do que a cooperativa oferta aos seus beneficiários, bem como outras providências que a operadora entender pertinentes e conforme seus regulamentos internos.

Importante destacar que, em se tratando de prestador de alto custo, não credenciado, pode ocorrer de este pleitear um depósito antecipado para a operadora de plano de

<sup>18</sup> Neste caso, observar o disposto na Lei 9.656/98, no artigo 12, inciso VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.



saúde. Esta prática visa impedir que, em caso de reversão da medida, o prestador fique apenas com a possibilidade de cobrar do beneficiário, quiçá sequer receber.

Sobre esta questão, pode haver questionamento, especialmente de membros da gerência e diretoria, para que o cumprimento da tutela seja por meio de depósito do valor em juízo, conforme tabela praticada pela cooperativa ou outro valor que entenderem pertinente.

Entretanto, é importante lembrar que o prestador não credenciado, na maioria dos casos, não é parte do processo e, portanto, eventualmente seja esta a estratégia, ela deve estar alinhada nos autos e, para maior segurança, ser precedida de uma autorização judicial neste sentido.

Portanto, se esta for uma opção, ela deve ser fruto de um provimento judicial e não de uma proatividade isolada da Singular, sem respaldado judicial, pois, caso contrário, há risco de se alegar que a “liminar” não foi cumprida, podendo gerar cobranças diretamente ao beneficiário e, ainda, a cooperativa sofrer todas as cominações advindas da ordem judicial, sendo que o risco deve ser definido pela operadora e assumido conforme entender pertinente.

### **3.1.4 – Negativa por estar fora do Rol da ANS**

Demandas desta natureza vem sendo discutidas há muito tempo. Sabe-se que a precificação dos produtos é decorrente de diversos fatores e a atualização do rol é um deles. Logo, a lista – que o judiciário entende não ser exaustiva – é uma referência muito importante para que as operadoras de planos de saúde façam suas projeções de gastos com a assistência médica.

No judiciário brasileiro, o entendimento sobre o rol é conforme abaixo destacado, enfatizando especialmente o Tribunal de Justiça de Minas Gerais e o Superior Tribunal de Justiça.

No ano de 2016, o número de decisões desfavoráveis às operadoras no Tribunal Mineiro alcançou o patamar de 92,3% dos casos e no ano de 2017, 91%.

Ainda com relação aos anos referenciados, constatou-se o total de condenação por danos morais, respectivamente, de R\$463.081,00 e R\$579.665,00. Ou seja, a média de condenações por processos perdidos gira entre R\$3.500,00 a R\$3.900,00, se considerarmos os dois períodos.

Nos fundamentos apresentados pelo Tribunal Mineiro, para sustentar as condenações por dano material, deparamos com as seguintes conclusões:



O rol de procedimentos estabelecido pela ANS não é taxativo, **prevendo apenas os procedimentos mínimos** a serem cobertos pelas operadoras de plano de saúde.<sup>19</sup>

O rol de procedimentos e eventos elencado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) **tem caráter exemplificativo**, pelo que não exclui a prestação de cobertura dos tratamentos adequados às necessidades clínicas do paciente, quando indicados por médico responsável.<sup>20</sup>

**A previsão da ANS deve ser compreendida apenas como um panorama de cobertura mínima** a ser observada pelos planos privados de assistência à saúde, jamais devendo o seu rol ser interpretado à base da taxatividade.<sup>21</sup>

A discussão segue contornos semelhantes quando se avalia o entendimento do Superior Tribunal de Justiça e, para destacar o entendimento genérico acerca da procedência da condenação por danos morais em casos desta natureza, também é nesta Corte que conseguimos extrair um fundamento relevante para nossa análise:

O fato de o procedimento não constar do rol da ANS não afasta o dever de cobertura do plano de saúde, haja vista se tratar de rol **meramente exemplificativo**.

[...]

Nas hipóteses em que há **recusa injustificada de cobertura por parte da operadora do plano de saúde** para tratamento do segurado, como ocorrido no presente caso, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento.<sup>22</sup>

Destarte, existindo discussão cuja negativa é fundada em inexistência de cobertura no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, recomenda-se que não seja dado destaque exagerado para este conceito, mas que a discussão também perpassa pela existência ou não de evidência científica do tratamento, ou seja, mais uma vez, discutindo-se tecnicamente no âmbito da medicina baseada em evidência.

Cumprido destacar que o CNJ aprovou o seguinte enunciado que é o único a referenciar o Rol da ANS:

ENUNCIADO Nº 21 Nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei nº 9.656/98, considera-se o rol de procedimentos como referência mínima para cobertura, conforme regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ressalvadas as coberturas adicionais contratadas. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

Entretanto, ele se assemelha aos julgados e posicionamento da ANS sobre “cobertura mínima”, sendo sua parte final como ponto mais forte para que o advogado possa

19 TJMG. Apelação cível. Relator Des. Alexandre Santiago, proc. 1.0024.13.073322-3/001. p.18/12/2017.

20 TJMG. Apelação cível. Relator Des. Octávio de Almeida Neves – jd convocado. Proc. 1.0000.18.075791-6/001. p.23/11/2018.

21 JMG. Apelação cível. Relator Des. Mota e Silva, proc.1.0241.18.002873-0/001. p.201/11/2018.

22 STJ. Recurso Especial. Relator Ministro Raul Araújo. Recurso Especial nº 1.036.187 – PE. p. 01/08/2018.



valer-se da “inexistência de cobertura adicional” para impugnar o pedido do beneficiário que pretende ampliar sua cobertura contratual, além do rol estabelecido.

### 3.1.5 – *Pedido para tratamento experimental*

Quando o debate judicial envolver “tratamento experimental”, é imprescindível que a questão seja resolvida com base no diálogo alinhado entre o direito e a área da saúde envolvida, cuja relevância técnica já se esclareceu.

Além disso, é importante avaliar se o tratamento prescrito é a única opção terapêutica, bem como se valer de amparo técnico e evidências científicas para auxiliar na solução da demanda.

Em síntese, neste tipo de demanda, é importante que a decisão seja amparada por suporte técnico que possa elucidar a existência de eficácia, efetividade e segurança do tratamento proposto ao beneficiário.

Destarte, para condução do processo judicial, recomenda-se:

- ✔ Contar com acompanhamento da área técnica para auxiliar na análise do pedido de tratamento desde o início da tratativa de eventual “liminar”, notadamente a fim de comprovar se a opção terapêutica é exclusivamente aquela indicada e, ademais, se há evidência científica que ampare tal indicação;
- ✔ Checar, com base nesta primeira providência, se será possível ao advogado avaliar os caminhos para eventual interposição de recurso ou outras manifestações que ele entender pertinente no processo judicial;
- ✔ Verificar, desde já, os instrumentos processuais que serão utilizados para realização da defesa (pareceres técnicos, perícia, entre outros) para que as manifestações no processo sejam construídas com pilares sólidos e técnicos;
- ✔ Utilizar como defesa, tratando-se de novo procedimento ou terapia, os elementos apresentados na Resolução CFM nº 1.982/2012 que apresenta os critérios e protocolos na indicação de novos procedimentos.
- ✔ Empregar os enunciados n.º 26<sup>23</sup>, 50 do CNJ e outros eventualmente aplicados à matéria, que são recomendações importantes, por exemplo, para nivelar a licitude da exclusão de tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

23 ENUNCIADO Nº 26 Poder Judiciário Conselho Nacional de Justiça 7 É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental (Tema 990/STJ). (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)



### 3.1.6 – Cirurgias plásticas

Em casos relativos ao pedido de cirurgias plásticas, eles, via de regra, são mais comuns quando se tratam de pós-cirurgia bariátrica. O grande desafio é desconstituir o caráter urgente e emergente daqueles casos em que esta condição não seja uma realidade médica.

Isso porque, uma vez que o beneficiário obtém uma “liminar”, a chance de reversão (ou até mesmo receber os valores desprendidos) torna-se mais remota.

Notadamente, quando se trata de cirurgia pós-bariátrica, o judiciário tem entendido que se trata de continuidade do tratamento médico<sup>24</sup>, então, mais uma vez, é imprescindível a análise do advogado em conjunto com a área técnica da saúde, para que seja possível avaliar a linha de discussão a ser adotada e, inclusive, se compensará investir numa perícia técnica que, muitas vezes, é um caminho importante para sustentar o caráter estético dos procedimentos.

Dentre as diversas possibilidades de cirurgias plásticas existentes, inicialmente destaca-se a **cirurgia plástica de mama** e, para analisar a cobertura destas cirurgias pelos planos de saúde, deve-se observar o disposto no artigo 10-A da Lei nº 9.656, de 1998. No caso, a cobertura obrigatória refere-se à cirurgia plástica reconstrutiva de mama para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer e existem os critérios definidos pela ANS<sup>25</sup>.

Cabe destacar que a reconstrução da mama oposta também é de cobertura obrigatória pelos planos de saúde e está contemplada no procedimento “*mastoplastia em mama oposta após reconstrução da contralateral em casos de lesões traumáticas e tumores*”, indicado para beneficiários com diagnóstico firmado em uma mama, quando o médico assistente julgar necessária a cirurgia da outra mama, mesmo que esta ainda esteja saudável.

Por outro lado, caso o pedido judicial contemple “*procedimento mastoplastia ou mamoplastia para correção da hipertrofia mamária (procedimento realizado para corrigir o gigantismo mamário)*” por não constar no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, deve-se discutir, notadamente, o caráter não reparador de tal procedimento.

24 TJMG. Apelação Cível nº 1.0000.17.010938-3/001. Relator Des. José Flávio de Almeida. P.09/06/2017. TJMG. Apelação cível nº 1.0024.12.205009-9/001. Relator Des. Newton Teixeira Carvalho. P.11/08/2017.

25 Importante destacar: As modalidades de plásticas mamárias, associadas ou não ao uso de próteses e/ou expansores para reconstrução mamária, terão sua cobertura obrigatória pelos planos de saúde, quando indicadas pelo médico assistente, para beneficiários com 1) diagnóstico de câncer de mama de acordo com exame genético; 2) probabilidade de desenvolver câncer de mama e 3) lesões traumáticas e tumores em geral (quando a sua retirada, mesmo em caráter investigativo, mutila a mama).



Com relação ao procedimento **dermolipectomia** (cirurgia plástica para retirada de excesso de pele), listado no Anexo I da RN nº 428, de 2017, deve ser obrigatoriamente coberto por planos de segmentação hospitalar (com ou sem obstetrícia) e por planos-referência. Via de regra, a autorização da cobertura é precedida da análise das condições estipuladas na respectiva Diretriz de Utilização (DUT), que assim se encontra descrita no item 18, do Anexo II.

Possui cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago) e apresentem uma ou mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.

As DUTs adotadas pela ANS, em regra, indicam as características e as condições de saúde nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

Com relação aos demais procedimentos cirúrgicos, que possuem finalidade estética, bem como as órteses e próteses destinadas ao mesmo fim, não são de cobertura obrigatória pelos planos de saúde<sup>26</sup>.

Em síntese, em discussões que envolvam a temática “cirurgia plástica”, quando a operadora receber o mandado de intimação de uma “liminar”, recomenda-se:

- ✔ Acionar a auditoria em saúde ou outra área técnica na cooperativa que possa avaliar a indicação clínica, a condição do paciente, se é o caso de urgência/emergência e, por fim, se é possível definir se o caráter é estético ou reparador;
- ✔ Verificar a possibilidade de interpor recurso para que a discussão evolua à instrução processual, inexistindo urgência/emergência;
- ✔ Alinhar com a equipe técnica sobre a existência de viabilidade de se realizar uma perícia para a instrução processual.

Por fim, registre-se que, no caso de “planos antigos” não adaptados, a cobertura de cirurgia plástica deverá ser analisada conforme estabelecido no respectivo instrumento contratual.

<sup>26</sup> inciso II do art. 10, da Lei 9.656/98



### 3.1.7 – Órtese, prótese e materiais especiais (OPME) importados e/ou, sem registro na Anvisa

O pedido de fornecimento de OPME's fomenta muitas discussões no âmbito da saúde suplementar. Notadamente, os temas mais corriqueiros referem-se à indicação de material não registrado na Anvisa, materiais importados com similar nacional ou mesmo a indicação de determinada marca em detrimento de outras existentes no mercado.

Diante deste tipo de controvérsia, é importante que as discussões sejam balizadas por evidências científicas e comprovação da superioridade de uma determinada indicação em relação à outra, que é devidamente autorizada.

Para auxiliar na compreensão deste tipo de debate, especialmente quando se discute a indicação de determinada marca, deve ser exigido do profissional a descrição técnica, ou seja, que o médico determine as características necessárias (tipo, matéria-prima, dimensões) das OPME's, observado o disposto na Resolução do CFM nº 1.956/2010, que disciplina a prescrição deste tipo de material.

Por fim, é pertinente também que as normas da ANS, que auxiliam na tratativa destes casos, sejam observadas, respeitando-se sempre a liberdade profissional do médico no exercício do seu ofício.

Neste tipo de demanda, é importante:

- ✔ Observar se existe similar nacional e/ou registrado na Anvisa;
- ✔ Buscar com as áreas específicas da cooperativa a justificativa técnica da inexistência de superioridade do material indicado comparado ao que a operadora concede;
- ✔ Verificar junto à área responsável uma equiparação de custos entre os materiais indicados versus o que se autoriza;
- ✔ Averiguar, com base nas providências acima, se o advogado poderá apresentar suas manifestações e, até mesmo, avaliar em conjunto com a área técnica, quais provas serão produzidas para consubstanciar a alegação apresentada (ofícios, perícia, pareceres técnicos de órgãos específicos);
- ✔ Verificar o aproveitamento de enunciados do CNJ nas defesas/recursos, notadamente, os enunciados n.º 26<sup>27</sup> e 50, este já referenciado anteriormente.

27 ENUNCIADO Nº 26 Poder Judiciário Conselho Nacional de Justiça 7 É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental (Tema 990/STJ).



### 3.1.8 – Negativa de cobertura em plano não regulamentado

Para os casos em que se discute negativa com base em cláusula limitativa em contrato não regulamentado, o judiciário possui um entendimento muito rígido no sentido de ampliar a cobertura, notadamente em casos de próteses ligadas ao ato cirúrgico.

Em outros casos, observa-se que há menção sobre a inexistência de oferta de adaptação e migração e, assim, acabam por imputar à operadora o ônus de comprovar que tal oferta foi realizada a tempo e modo.

Eventualmente, existe o interesse da cooperativa. Nesses casos, recomenda-se que, para os contratos não regulamentados, mesmo após judicialização, seja ofertada a migração ou adaptação do contrato e, caso também seja interessante, deve-se pensar sobre um acordo judicial condicionado ao aceite de mudança de plano.

Lado outro, se esta não for a diretriz da operadora, caso a limitação esteja expressa no contrato, recomenda-se valer-se da aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) de forma integral, ou seja, considerar a permissão expressa no art. 54 §4º deste diploma, quando o contrato tiver sido firmado após a vigência da referida lei.

## 3.2 – Demanda não assistencial

A demanda não assistencial contempla, usualmente, as demais discussões fora do debate relacionado ao atendimento médico-hospitalar, trabalhado nos tópicos anteriores.

Neste caso, serão tratados nos subtópicos a seguir alguns dos temas mais corriqueiros na judicialização da saúde.

### 3.2.1 – Reajuste por mudança de faixa etária

Em demandas desta natureza, a Lei 10.741/2003 (estatuto do idoso), via de regra, baliza a interpretação deste tipo de reajuste no judiciário. Ela prevê, em seu art. 15, §3º<sup>28</sup>, a vedação à discriminação do idoso com a cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

No caso concreto, é importante demonstrar que não se trata de discriminação, que existe pactuação prévia do reajuste aplicado e, sendo o caso, pode a operadora valer-se de perícia técnica para sustentar suas alegações sobre a razoabilidade do reajuste, se a esfera judicial permitir este tipo de prova.

---

(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

28 “Art. 15. (...) § 3º É vedada a discriminação do idoso (60 anos ou mais) nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.





Antes da entrada em vigor da Lei 9.656/98, as faixas etárias eram livremente estabelecidas pelas operadoras, havendo risco de o judiciário anular um reajuste, por exemplo, de 100% quando o beneficiário alcança a última faixa etária.

Após a regulamentação dos contratos celebrados na vigência da Resolução do CONSU 6/98, foram estabelecidas 07 faixas etárias e, a partir de 2004, foi publicada a RN 63/2003 e os planos passaram a ter: **10 faixas etárias**. Desta forma, a operadora deve sempre comprovar que cumpriu exatamente o que fora previamente pactuado.

Em síntese, no que tange às faixas etárias, os contratos de planos de assistência à saúde suplementar passam a ser divididos em 03 grupos:

**1. Anteriores à Lei 9656/98 com ou sem faixas etárias;**

**2. Posteriores à Lei 9656/98 com 7 faixas etárias;**

**3. Posteriores à RN 63 com 10 faixas etárias.**

O que se observa em alguns julgados é o fato de o judiciário proceder a anulação do reajuste, fundamentando em abusividade ou existência de discriminação, como destacado acima.

O STJ, ao julgar o REsp 1568244, em tema repetitivo nº 952, que se discutia a validade da cláusula contratual de plano de saúde que prevê o aumento da mensalidade conforme a mudança de faixa etária do usuário, firmou a seguinte tese:

O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.

Portanto, a definição de critérios específicos pelo STJ, para a análise da legalidade da cláusula de reajuste bem como dos percentuais a serem considerados abusivos ou não, deverá ser destacada em discussões desta natureza.

Então, neste tipo de demanda, podem-se adotar alguns dos caminhos abaixo:

- ✔ Verificar se o reajuste aplicado está em consonância com o disposto em contrato;
- ✔ Demonstrar que o reajuste aplicado não é injusto, notadamente porque está



previsto contratualmente e, sendo o caso, em consonância com os critérios estabelecidos pela Lei 9.656/98, que assegura a possibilidade do reajuste por mudança de faixa etária;

- ✔ Argumentar que com o avanço da idade, os reajustes são proporcionais pelo fato de implicar naturalmente a necessidade de maior assistência médica;
- ✔ Avaliar se a discussão judicial pode ser enriquecida com perícia técnica atuarial, a fim de comprovar a adequação e razoabilidade do percentual de majoração aplicado, que se faz suficiente para permitir a continuidade contratual para ambas as partes;
- ✔ Encaminhar os seguintes procedimentos: quando o processo tramitar no juizado especial e, por óbvio, não se admitir a perícia técnica supra referenciada, recomenda-se avaliar se a operadora possui outros meios de prova ou, então, pela complexidade da demanda, se arguirá em sede preliminar a incompetência absoluta da esfera especial para processar a causa;
- ✔ Valer-se de decisões judiciais favoráveis, especialmente do tema nº 952 do Superior Tribunal de Justiça, eis que é defensável que a simples previsão contratual do reajuste de faixa etária não caracteriza ato discriminatório ou ilegal, devendo a abusividade ser aferida em cada caso concreto;
- ✔ Argumentar com base na LINDB, na presença de elementos genéricos no julgado, destacando-se o disposto nos artigos 20 e seguintes, notadamente para provocar um pré-questionamento da matéria.

### **3.2.2 – Reajuste em plano coletivo versus aplicação do reajuste anual, fixado pela ANS**

Neste tipo de ação judicial, é imprescindível que o reajuste em contrato coletivo possua um lastro probatório que sustente sua aplicação. O melhor é que se tenha um estudo atuarial que justifique o percentual de sinistralidade e o reajuste indicado para recomposição do equilíbrio financeiro do contrato.

Ademais, em que pese a existência de cláusula que ampare tal reajuste, o alinhamento formal com a contratante, antes da aplicação do reajuste, também é um instrumento importante, tudo isso para que eventual discussão judicial esteja embasada em documentos que demonstrem a inexistência de abusividade e ilicitude na aplicação do reajuste.

Este amparo técnico atuarial é uma ferramenta importante para comprovar a lisura na conduta da operadora, segundo o judiciário:



APELAÇÃO CÍVEL – PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL – REAJUSTE FUNDADO EM AUMENTO DA SINISTRALIDADE – ABUSIVIDADE – SENTENÇA MANTIDA. Consoante o Código de Defesa do Consumidor, aplicável à espécie, revela-se abusivo o reajuste das mensalidades de plano de saúde coletivo empresarial, fundado em aumento da sinistralidade alegado pela operadora, desprovido de amparo técnico atuarial.<sup>29</sup>

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL – PLANO DE SAÚDE – REVISÃO CONTRATUAL – CDC – APLICABILIDADE – REAJUSTE DA CONTRIBUIÇÃO – EQUILÍBRIO FINANCEIRO DO CONTRATO – AUSÊNCIA DE PROVA – ÔNUS DA PROVA – ENCARGO DA PARTE INTERESSADA – ABUSIVIDADE – NULIDADE. Aos planos de saúde aplicam-se as disposições do Código de Defesa do Consumidor, devendo, portanto, a favor do consumidor serem interpretados. Havendo afirmação da existência ou inexistência de fato, de onde se extrai situação, circunstância ou direito a favorecer a quem alega, dele é o ônus da prova. O reajuste elevado da contribuição justificado na necessidade de equilíbrio financeiro do contrato é abusivo quando não comprovada a existência de cálculos atuariais que justificam a medida, devendo ser declarado nulo.<sup>30</sup>

Outro ponto importante de discussão, refere-se à possibilidade de o judiciário desconsiderar o reajuste do contrato coletivo por sinistralidade – decorrente da análise no *pool* de risco ou mesmo da análise da carteira específica do contratante – e determinar que o único reajuste aplicado ao contrato seja aquele índice publicado anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. APLICABILIDADE CDC. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. UNILATERALIDADE. DESVANTAGEM EXAGERADA. DEVOLUÇÃO SIMPLES DOS VALORES. A disposição contratual que permite à operadora de planos de saúde reajustar, a seu bel prazer, o valor das mensalidades contratadas em plano de saúde coletivo, em razão de alegado aumento do risco do contrato, fere de morte os preceitos que regem essa espécie contratual e colocam o consumidor em desvantagem exagerada. O reajuste das mensalidades de plano de saúde deve ser realizado em patamar razoável, pois, tratando-se de relação de consumo, consideram-se nulas as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade. A revisão da contraprestação devida pelo consumidor não pode ser feita de forma arbitrária, devendo observar a exata medida de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da avença, e atender aos preceitos da reciprocidade e solidariedade, que regem o contrato em espécie, dada sua natureza eminentemente relacional. Observada a abusividade dos aumentos perpetrados, em razão da aplicação da denominada cláusula de reajuste por sinistralidade, devem prevalecer, por analogia, os índices de aumento autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos de saúde individuais. Os valores cobrados a maior devem ser restituídos à consumidora, de forma simples.<sup>31</sup>

29 TJMG. Apelação cível. Relator: Des. Alberto Diniz. Proc. 1.0145.12.040471-3/001. P.27/08/2015.

30 TJMG. Apelação cível. Relator: Des. Antônio Bispo. Proc. 1.0024.06.019268-9/001.p.09/06/2015.

31 TJMG. Apelação cível. Relator: Des. Estêvão Lucchesi. Proc. 1.0056.11.005371-9/001. P.17/06/2014



Este tipo de entendimento tem sido alterado no judiciário mineiro, muito por força de decisões prolatadas pelo Superior Tribunal de Justiça. Portanto, para este tipo de discussão, é importante observar:

- ✔ Demonstrar a diferenciação do regime de contratação, mencionando inclusive a legislação a respeito (arts. 16, VII da Lei 9.656/98 e 3º, 5º e 9º da RN 195/2009 da ANS)
- ✔ Destacar a diferenciação atuária para a composição de preço em cada tipo de contrato e na formatação de preço, notadamente que no contrato coletivo o preço inicial é inferior em relação ao individual pelo fato de, antes de se firmar o contrato, conhecer-se a massa de beneficiários e o perfil etário entre outros fatores do determinado grupo, que permite um cálculo atuarial mais preciso;
- ✔ Avaliar a documentação existente, que precede a aplicação do reajuste, especialmente o cálculo atuarial contendo o índice de sinistralidade e o percentual sugerido – e o efetivamente aplicado – para recompor o equilíbrio econômico do contrato;
- ✔ Apresentar eventual formalização sobre a comunicação ao contratante, antes de a operadora ter aplicado o reajuste;
- ✔ Verificar a pertinência de se realizar uma perícia técnica e, sendo o caso, observar se o perito possui expertise na área atuarial, eis que um contador, via de regra, se nomeado, pode não deter os conhecimentos específicos para atestar a licitude de todo o histórico atuarial que culminou na aplicação do reajuste;
- ✔ Utilizar os precedentes do Superior Tribunal de Justiça favoráveis como, por exemplo, **Recurso Especial nº 1.471.569 – RJ (2014/0187581-7) Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva**. DJE: 07/03/2016.

Por fim, o reajuste de **planos coletivos celebrados anterior a Lei 9.656/98 não adaptados** à regra para aplicação deve ser aquele estabelecido no contrato.

### 3.2.3 – *Cancelamento de contrato coletivo e individual*

Inicialmente, é importante esclarecer que, por um lado, **o cancelamento** do contrato refere-se à rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular e, por outro lado, **a exclusão do beneficiário**, titular ou dependente, em contrato coletivo empresarial ou por adesão e se faz a pedido do titular, de contrato coletivo empresarial ou por adesão que continua vigente.



Nos casos da rescisão do contrato individual, ele pode ocorrer:

- ✔ caso seja observada fraude ou inadimplência e deverá ser observado o disposto no art. 13, inciso II da Lei 9.656/98 – desde que o consumidor seja comprovadamente notificado; ou
- ✔ a pedido conforme trâmites estabelecidos nos artigos 4º e seguintes da Resolução Normativa nº 412, de 2016 da ANS.

No caso da exclusão do beneficiário em contrato coletivo devem ser observados o disposto nos artigos 7º e seguintes da mesma resolução acima mencionada.

Em quaisquer dos casos, é importante destacar que quando o cancelamento, ou melhor dizendo, a rescisão, é feita por parte da operadora de planos de saúde, é imprescindível que haja comunicação prévia, enviada com a devida antecedência ao contratante e no prazo exato da lei e/ou do contrato.

Registre-se que, apesar de o aviso de recebimento ser uma ferramenta importante para comprovar esta comunicação, a operadora deverá pensar em formas de comunicação eficaz quando o referido aviso não for recebido pelo próprio contratante, ponto que o judiciário, via de regra, utiliza para determinar a procedência ou não da rescisão.

## **4. QUESTÕES PROCESSUAIS RELEVANTES A SEREM OBSERVADAS**

### **4.1 – Decisões genéricas**

Inicialmente, tem-se que não há mais espaço no mundo jurídico para decisões judiciais genéricas e com fundamentos embasados em princípios gerais do direito. Tal situação encontra respaldo no novo Código de Processo Civil e também na Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro (LINDB).

Portanto, caso o advogado observe este tipo de decisão em qualquer processo judicial, seja ele de matéria assistencial ou não assistencial, poderá valer-se dos fundamentos dispostos no §1º do art. 489 do CPC/15 e também no art. 93, IX da Constituição Federal de 1988 este, inclusive, amparado no princípio da segurança jurídica, que assegura às partes proteção contra um julgado eivado de parcialidade.



Com a alteração dada pela Lei 13.655 de 2018, a LINDB passou a contemplar questões importantes sobre as decisões judiciais e a responsabilidade do julgador quanto à consequência prática de suas decisões.

Notadamente, recomenda-se a apreciação a partir do art. 20 do referido diploma, para contextualizar eventual aplicação ao caso concreto.

Como exemplo, o próprio artigo supracitado veda que decisões sejam baseadas em valores jurídicos abstratos, sem ainda considerar-se as consequências práticas da decisão, o que se aplica de forma muito oportuna às demandas de saúde que se valem, muitas vezes, de conceitos genéricos como “direito à vida”, “direito à saúde” e “dignidade da pessoa humana” e os impactos podem ser funestos para a operadora de planos de saúde.

#### ***4.1.1 – Decisão que determina cobertura integral***

Como dito, o cuidado na análise do comando judicial que impõe determinada obrigação de fazer, deve ser feito de forma bastante detalhada. Eis que, por exemplo, o pedido judicial pode conduzir o magistrado a laborar em engano.

Dessa forma, caso haja, por exemplo, a determinação de cobertura integral do procedimento pela operadora, mas, entretanto, exista previsão contratual para cobrança de coparticipação, a recomendação é que tal ponto seja aclarado na decisão judicial, via de regra, por meio de oposição dos embargos de declaração, a fim de que seja possível aplicar o fator moderador mesmo nos casos em que a operadora seja obrigada a ampliar a cobertura contratual em decorrência da ordem judicial.

Outrossim, é necessário observar se este comando para “cobertura integral” pode impactar em obrigação indefinida e imprecisa para a operadora e, portanto, necessário que se avalie a importância de se manifestar para delimitar alguns pontos na decisão, visando ao menor impacto financeiro no cumprimento da decisão.

#### ***4.1.2 – Cobertura de tudo até o final do tratamento ou decisão que determina tratamento por tempo indeterminado***

Em decisão judicial que contenha um comando genérico para que a operadora arque com tudo até o final do tratamento ou mesmo implique em atendimento por tempo indeterminado – como, por exemplo, internações domiciliares – é importante que tais decisões sejam analisadas de forma bastante detalhada, sob pena de se resultarem em um “cheque em branco” a ser custeado pela operadora de planos de saúde.

É possível dizer que, em decisões que concedem “tudo” ou “por tempo indeterminado”



podem ser enquadradas em decisões genéricas e contemplar a abordagem apresentada no item 4.1.

Para os casos de “liminares” que impõe uma prestação continuativa, o CNJ possui importante recomendação ao judiciário brasileiro, conforme destaca-se no Enunciado nº 02, produzido na Jornada de Saúde promovida pelo referido órgão:

ENUNCIADO Nº 02 Concedidas medidas judiciais de prestação continuativa, em tutela provisória ou definitiva, é necessária a renovação periódica do relatório e prescrição médicos a serem apresentados preferencialmente ao executor da medida, no prazo legal ou naquele fixado pelo julgador como razoável, considerada a natureza da enfermidade, de acordo com a legislação sanitária, sob pena de perda de eficácia da medida. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

Nesse contexto, chama-se a atenção para o fato de a Unimed não permitir que decisões imprecisas ou amplas demais, que possam causar problemas de interpretações futuros e, portanto, devem ser tratadas imediatamente quando de seu recebimento, como já alertado em tópico anterior.

## 4.2 – Questões estratégicas para a interposição de agravo de instrumento

A interposição do Agravo, após o advento do Código de Processo Civil de 2015, limitou um pouco a atuação dos advogados, haja vista expor uma lista que fora considerada, inicialmente, como um rol taxativo.

Entretanto, o STJ, ao enfrentar a questão (Tema repetitivo 988) afirmou que o rol do art. 1.015 é de taxatividade mitigada, cabendo agravo de instrumento quando há urgência decorrente da inutilidade do julgamento da questão no recurso de apelação, notadamente quando houver pronunciamento sobre prescrição e decadência por decisão interlocutória.

Ultrapassada esta questão, grande parte dos agravos de instrumento interpostos pelas operadoras são em face das “liminares”, cuja previsão de permissibilidade é expressa no CPC.

Desta feita, chama-se a atenção para alguns pontos que devem ser observados:

- ✔ Por óbvio, deve-se atacar a decisão interlocutória, perpassando pela inexistência dos elementos que asseguram a concessão da “liminar”;
- ✔ Recomenda-se que seja feita de forma objetiva a impugnação citada acima, observando o que dispõe o artigo 507 do CPC/15. Isso porque a discussão de



mérito feita de forma robusta em sede de agravo de instrumento pode implicar decisão colegiada que enfrente questões de ordem formal e, então, podem submeter-se ao fenômeno da preclusão e perda do direito de impugná-las (preclusão consumativa);

- ✔ Sugere-se ser objetivo e atacar os critérios processuais para fazer valer que a decisão seja cassada ou, pelo menos, sobrestada;
- ✔ Em caso de o beneficiário litigar sob o pálio da assistência gratuita, alegar o perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão, nos termos do §3º do art. 300 que permite que, em casos desta irreversibilidade, a tutela não seja concedida;
- ✔ Devem-se utilizar os recursos ofertados gratuitamente pela Unimed Federação Minas no auxílio da condução do recurso e mesmo da tratativa da “liminar”, tais como orientação jurídica, pesquisa de jurisprudência e despacho pessoal no Tribunal Mineiro, quando for o caso, cujo trabalho contempla especialmente a avaliação do perfil de julgamento do desembargador.

### 4.3 – Da utilização dos Embargos de Declaração

Os embargos de declaração, não raras as vezes, constituem o único instrumento de que as partes podem se valer para garantir um julgamento, ao menos, não eivado de vícios, já que a quantidade de demandas e a atual estrutura processual permite, na prática, que existam decisões desproporcionais ao direito e à justiça, decisões essas genéricas, sem fundamento ou mal fundamentadas, conforme amplamente discutido no presente manual. São essas decisões que não podem prosperar, uma vez que vão de encontro à dinâmica dos casos concretos.

Além da omissão, obscuridade e contradição, os embargos de declaração também são opostos em situação de equívoco evidente do julgador e até em casos de erro de fato ou de procedimento facilmente verificáveis. Podem, ainda, os embargos ser manejados com o intuito de pré-questionar matéria a ser levada ao STJ e ao STF em decorrência das súmulas 211 do STJ e 356 do STF.

Em muitos casos, os embargos de declaração podem, inclusive, ser utilizados no Juizado Especial para aclarar decisões que seriam passíveis de interposição de agravo de instrumento, porém, recurso não previsto pela Lei 9.099/95.

Os embargos declaratórios poderão ter efeito modificativo ou caráter infringente da decisão, que se dá quando suprimem omissões ou eliminam contradições, e tornam a decisão diferente do entendimento anteriormente dado a ela. Tal efeito é pacificamente aceito pelo STF e deve-se determinar o contraditório.





A não oposição dos embargos de declaração, no prazo legal peremptório, opera a preclusão, assim, identificada a omissão da decisão judicial no tocante a ponto levantado por uma ou ambas as partes, se não forem opostos os embargos de declaração, para que o defeito da decisão seja sanado, à instância superior não pode ser requerido o suprimento do ponto omissivo, pois haverá flagrante pedido com supressão de instâncias, o que é proibido pelo ordenamento jurídico pátrio.

Importante destacar, também, que caso os embargos sejam considerados procrastinatórios do feito, aplica-se multa não excedente a dois por cento sobre o valor atualizado da causa, conforme previsão do § 2º, do artigo 1.026, do CPC/15, pelo que se recomenda a sua oposição quando houver, efetivamente, a configuração de uma das situações tipificadas pela legislação.

Assim, ante a importância dos embargos de declaração no sistema processual civil vigente, devemos fortalecer cada vez mais o manejo desse recurso, já que em muito colaboram com a prestação jurisdicional ao requerer o seu aprimoramento.

## 5. DISPOSIÇÕES FINAIS

Conforme mencionado na introdução deste manual, sua construção baseou-se nas experiências vivenciadas no Sistema Unimed mineiro, bem como a apuração do cenário brasileiro decorrente da experiência da Unimed Federação Minas no Comitê Executivo da Saúde de Minas Gerais, cuja interface direta é com o Conselho Nacional de Justiça.

Portanto, o objetivo deste manual prático é alinhar algumas questões com todos os envolvidos na tratativa das “liminares” e ainda oferecer subsídios básicos para os operadores do direito, visando fomentar a melhor estratégia na defesa dos interesses das Unimeds no judiciário.

Por fim, ressaltamos que este material não vincula qualquer posicionamento ou decisão da Singular e, tampouco, dos advogados, mas apenas são recomendações sobre algumas abordagens e possível forma de atuação, a fim de proporcionar maior êxito nas discussões.

Então, é sempre importante lembrar que qualquer recomendação feita neste material não pretende mitigar a liberdade que a Singular ou mesmo cada profissional do Direito possua, sendo que todas as decisões finais, para definição das estratégias a serem adotadas, tanto administrativa quanto judicialmente, caberá exclusivamente às partes interessadas.



## 6. ANEXOS

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA – ENTRE UNIMEDS

<CIDADE>, XX de XXX de 20\_\_

À

**UNIMED XXXX**

**Caros Senhores,**

Em atenção à solicitação de V. S.<sup>a</sup>, informamos que o Hospital XXXX em <CIDADE> faz parte da **Rede Hospitalar de Alto Custo da Unimed XXX – XXX**.

Informamos ainda que o médico, Dr. XXX – CRM XXX, não é cooperado da Unimed XXX e, portanto, não realiza o procedimento XXX (cod. XXX – TUSS) por meio da operadora de plano de saúde.

Cordialmente,

UNIMED XXXX

(identificar quem for assinar e dados para retorno)



## MODELO I DE SOLICITAÇÃO DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA

<CIDADE>, XXX de XXXX de 20\_\_

### À DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL XXX

**Caros Doutores,**

Com o intuito de que esclarecimentos sejam prestados ao <MP/JUDICIÁRIO OU OUTRO>, solicitamos a V. S.<sup>a</sup> o fornecimento de **declaração de capacidade técnica**, informando que esta instituição é conveniada da Unimed XXXX, possuindo equipe técnica especializada para atender e realizar os seguintes procedimentos na especialidade de <xxxxx>:

**<código> – nome do procedimento/tratamento ou outro**

bem como o suporte no pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva.

Tendo em vista que nosso prazo é exíguo, solicitamos especial atenção e breve retorno.

Certos do pronto atendimento, antecipamos nossos agradecimentos.

Cordialmente,

Unimed-XXX

(identificar quem for assinar e dados para retorno)



## MODELO II DE SOLICITAÇÃO DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA

<CIDADE>, XXX de XXX de 20\_\_

### À DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL XXX

**Caros Doutores,**

Para fins de instruímos o processo judicial nº <XXX>, em trâmite na cidade de <XXX>, solicitamos que V. S.<sup>a</sup> forneçam **declaração** informando que esta instituição é conveniada da Unimed <XXXX>, possuindo equipe técnica especializada para atender e **realizar os procedimentos cirúrgicos necessários para o tratamento de <XXXX> – paciente com <XXX> anos de idade, quais sejam: (i) XXXX (cod. XXX) e (ii) XXX XX (código: XXXX)**, e suporte pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Tendo em vista que nosso prazo é exíguo, solicitamos especial atenção e breve retorno.

Certos do pronto atendimento, antecipamos nossos agradecimentos.

Cordialmente,

Unimed-XXX

(identificar quem for assinar e dados para retorno)



## PROPOSTA E-MAIL PARA CUMPRIMENTO DE TUTELA DE URGÊNCIA

Título do e-mail: CUMPRIMENTO DE LIMINAR - CLIENTE: \_\_ PROCESSO: \_\_

<SAUDAÇÃO!>

Recebemos a liminar:

Cliente:

Código: <carteira de atendimento>

Plano: <indicar se regulamentado ou não regulamentado>

Local:

Médico:

### **Determinação judicial:**

“(...).”

### **Juiz/Desembargador e informações de vara/tribunal:**

### **Prazo para cumprimento:**

### **Observações importantes:**

### **Conclusões:**

Portanto, solicitamos o especial obséquio de efetivarem o cumprimento da ordem judicial.

Aguardamos comprovante do cumprimento de tal ordem para juntarmos ao processo.

Cordialmente,



## ÍNDICE ALFABÉTICO DOS ENUNCIADOS DA I, II e III JORNADAS DE DIREITO DA SAÚDE

Abandono tratamento 70  
Ação coletiva 81  
Alta complexidade 78  
ANS 73  
Assistência Social 10  
Atenção domiciliar 64  
Avaliação 57  
Biodireito 37, 38, 39,40, 42, 43, 44, 45, 69  
Bloqueio 53, 74, 82, 94  
CACON 07  
Cadastro 07, 69, 90  
Capacidade financeira 85  
Cirurgia 25  
Cirurgia bariátrica 63  
Cobertura 20, 21, 23, 25, 26, 34, 35, 36, 62, 71, 73, 99,100, 101  
Cobertura 62  
Competência 07, 08, 47, 60 78, 87  
Conflito de interesse médico 80  
CONITEC 57, 103  
Consequencialismo jurídico 76  
Consulta notas técnicas 18  
Cumprimento dificuldades 76  
Cumprimento terceirizado 77  
Dados pessoais 71  
Decisão judicial 76  
Declaração antecipada de vontade 37  
Denominação Comum Brasileiro 12  
Depósito judicial, 54, 55, 56, 94  
Descumprimento ordem judicial 74  
Documentos 32  
Drogadição 01, 102  
Educação 91  
Enunciado Nº 01  
Equoterpia 97  
Fertilização in vitro 20  
Filiação 39, 45  
Fungibilidade 95



Fungibilidade 95  
Gestação assistida 45  
Hidroterapia 97  
Hipossuficiente 85  
Honorários médicos 79  
Incapaz 44  
Incorporação 103  
Ineficiência serviço público 52  
Inseminação artificial – 20  
Instrução processual 83  
Interesse de agir 03  
Internação 01, 102  
Internação domiciliar 64  
Intervenção de terceiros 65  
Juizado Especial 47  
Justiça Federal 78  
Levantamento numerário 55  
Liberação valores 54  
Lista de espera 69  
Lista de Serviços 58, 59  
Mandado de segurança 96  
Mapeamento genético 72  
Marca 28  
Medicamento importado 26, 95  
Medicamento não incorporado 75  
Medicamento, 02, 26, 85, 95  
Medicina Baseada em Evidência 12  
Medicina baseada em evidência 14, 18, 29, 59, 75, 89.  
Médico 24, 80  
Menor conflito de representante 44  
Multas 86  
NatJus 83  
Notas técnicas 18, 83  
Numerário liberação 82  
Odontologia 34  
*Off label* 75  
Oitiva prévia 13  
Oncologia 07, 98  
OPME 28, 29  
Orçamento 56  
Paciente 11, 70



Paciente incapaz 44  
Pareceres técnicos 33  
Pesquisa com seres humanos 38  
Petição inicial 32  
Plano coletivo 35  
Plano de saúde 99  
Política pública prevalência 12, 88, 89, 1  
Prazo cumprimento decisão 84  
Prazo tratamento eletivo 93  
Prescrição 24  
Prescrição fora da política pública 12  
Prescrição médica 15  
Prestação contas 55  
Prestação continuativa, 02  
Prontuário médico 49, 66  
Protocolos Clínicos 75  
Prova pericial 49  
Provocação administrativa 13  
Psiquiatria 01, 102  
Rede de serviço 11  
Rede prestadora 100  
Reembolso 101  
Registro ANVISA 06, 50  
Regulação 46  
Relatório médico 02  
Relatório médico 12, 19, 67  
Relatório médico 15  
Rename 58  
RENASES 58  
Repartição competência 08  
Reprodução 40, 45, 68  
Responsabilidade 87  
Responsabilidade solidária 60  
Retificação registro 42, 43  
Rol de procedimentos 21  
Saúde suplementar 20, 21, 23, 24 28 65. 81  
Sequestro 56  
Terapia renal 90  
Terapias alternativas 97  
Transferência hospitalar 46  
Transgenitalização 42





Transtorno mental 01  
Transtorno mental 102  
Tratamento eletivo prazo 93  
Tratamento especializado 69  
Tratamento experimental 09, 50  
Tratamento fora de protocolos clínicos 75  
Tutela de urgência 63, 92  
UNACON 07  
Urgência e emergência 51, 62



## ENUNCIADOS DA I, II E III JORNADAS DE DIREITO DA SAÚDE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

### I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE

#### ENUNCIADO Nº 01

A tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos ou em situação de drogadição ocorrerá pelo menor tempo possível, sob estrito critério médico. As decisões que imponham tal obrigação devem determinar que seus efeitos cessarão no momento da alta concedida pelo médico que atende o paciente na respectiva instituição de saúde, devendo o fato ser imediatamente comunicado pelo prestador do serviço ao Juízo competente. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### ENUNCIADO Nº 02

Concedidas medidas judiciais de prestação continuativa, em tutela provisória ou definitiva, é necessária a renovação periódica do relatório e prescrição médicos a serem apresentados preferencialmente ao executor da medida, no prazo legal ou naquele fixado pelo julgador como razoável, considerada a natureza da enfermidade, de acordo com a legislação sanitária, sob pena de perda de eficácia da medida. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### ENUNCIADO Nº 03

Nas ações envolvendo pretensões concessivas de serviços assistenciais de saúde, o interesse de agir somente se qualifica mediante comprovação da prévia negativa ou indisponibilidade da prestação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e na Saúde Suplementar. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### ENUNCIADO Nº 04

~~Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêuticas, de insumos e de procedimentos, e não limitadores. Assim, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente~~



~~usuário do SUS, pelo princípio do art. 198, II, da CF, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo Sistema Único de Saúde, do fármaco, insumo ou procedimento não protocolizado. (Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)<sup>1</sup>~~

#### **ENUNCIADO Nº 05**

~~Deve-se evitar o processamento, pelos juizados, dos processos nos quais se requer medicamentos não registrados pela Anvisa, *off label* e experimentais, ou ainda internação compulsória, quando, pela complexidade do assunto, o respectivo julgamento depender de dilação probatória incompatível com o rito do juizado. (Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)~~

#### **ENUNCIADO Nº 06**

A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na Anvisa ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei (STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657.156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves - 1ª Seção Cível - julgamento repetitivo dia 25.04.2018 - Tema 106). **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 07**

Sem prejuízo dos casos urgentes, visando respeitar as competências do Sistema Único de Saúde – SUS definidas em lei para o atendimento universal às demandas do setor de saúde, recomenda-se nas demandas contra o poder público nas quais se pleiteia dispensação de medicamentos ou tratamentos para o câncer, caso atendidos por médicos particulares, que os juízes determinem a inclusão no cadastro, o acompanhamento e o tratamento junto a uma unidade Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON ou Unidade de Assistência de alta Complexidade - UNACON.

#### **ENUNCIADO Nº 08**

---

<sup>1</sup> Revogado em razão da Plenária da III Jornada de Direito da Saúde, que deliberou pela revogação do Enunciado nº 61



Nas apreciações judiciais sobre ações e serviços de saúde devem ser observadas as regras administrativas de repartição de competência entre os entes federados. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 09**

As ações que versem sobre medicamentos e tratamentos experimentais devem observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep e Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais (STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657.156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves - 1ª Seção Cível - julgamento repetitivo dia 25.04.2018 - Tema 106). **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 10**

O cumprimento de pleitos judiciais que visem à prestação de ações ou serviços exclusivos da assistência social não devem ser impostos ao Sistema Único de Saúde – SUS.

#### **ENUNCIADO Nº 11**

Nos casos em que o pedido em ação judicial seja de medicamento, produto ou procedimento já previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - (PCDT), o Poder Judiciário determinará a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no Sistema Único de Saúde - SUS, para o fim de acompanhamento e controle clínico. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 12**

A inefetividade do tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, no caso concreto, deve ser demonstrada por relatório médico que a indique e descreva as normas éticas, sanitárias, farmacológicas (princípio ativo segundo a Denominação Comum Brasileira) e que estabeleça o diagnóstico da doença (Classificação Internacional de



### ENUNCIADO Nº 16

~~Nas demandas que visam acesso a ações e serviços de saúde diferenciada daquelas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, o autor deve apresentar prova da evidência científica, a inexistência, inefetividade ou impropriedade dos procedimentos ou medicamentos constantes dos protocolos clínicos do Sistema Único de Saúde – SUS. (Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)~~

### ENUNCIADO Nº 17

~~Na composição dos Núcleos de Assessoramento Técnico (NAT's) será franqueada a participação de profissionais dos Serviços de Saúde dos Municípios. (Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)~~

### ENUNCIADO Nº 18

Sempre que possível, as decisões liminares sobre saúde devem ser precedidas de notas de evidência científica emitidas por Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário - NatJus e/ou consulta do banco de dados pertinente. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

### ENUNCIADO Nº 19

As iniciais das demandas de acesso à saúde devem ser instruídas com relatório médico circunstanciado para subsidiar uma análise técnica nas decisões judiciais. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

### ENUNCIADO Nº 20

A inseminação artificial e a fertilização *in vitro* não são procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, salvo por expressa previsão contratual. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

### ENUNCIADO Nº 21

Nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei nº 9.656/98, considera-se o rol de procedimentos como referência mínima para cobertura, conforme regulamentações



Doenças), indicando o tratamento eficaz, periodicidade, medicamentos, doses e fazendo referência ainda sobre a situação do registro ou uso autorizado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, fundamentando a necessidade do tratamento com base em medicina de evidências (STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657.156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves - 1ª Seção Cível - julgamento repetitivo dia 25.04.2018 - Tema 106). **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 13**

Nas ações de saúde que pleiteiam o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do Sistema Único de Saúde – SUS, com vistas a, inclusive, identificar solicitação prévia do requerente, alternativas terapêuticas e competência do ente federado, quando aplicável (Saúde Pública e Suplementar). **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 14**

Não comprovada a ineficácia, inefetividade ou insegurança para o paciente dos medicamentos ou tratamentos fornecidos pela rede de saúde pública ou rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, deve ser indeferido o pedido (STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657.156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves - 1ª Seção Cível - julgamento repetitivo dia 25.04.2018 - Tema 106). **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 15**

As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou o medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional – DCI, o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante a justificativa técnica.



da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 22**

~~Nos planos coletivos deve ser respeitada a aplicação dos índices e/ou fórmulas de reajuste pactuados, não incidindo, nestes casos, o índice da Agência Nacional de Saúde Suplementar editados para os planos individuais/familiares.~~ **(Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 23**

Nas demandas judiciais em que se discutir qualquer questão relacionada à cobertura contratual vinculada ao rol de procedimentos e eventos em saúde editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS recomenda-se a consulta, pela via eletrônica e/ou expedição de ofício, a esta agência Reguladora para os esclarecimentos necessários sobre a questão em litígio.

#### **ENUNCIADO Nº 24**

Cabe ao profissional da saúde assistente, a prescrição terapêutica a ser adotada. Havendo divergência entre o plano de saúde contratado e o prescritor é garantida a definição do impasse através de junta médica ou odontológica, nos termos da Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 25**

É abusiva a negativa de cobertura de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade relacionados à doença e lesão preexistente, quando o usuário não tinha conhecimento ou não foi submetido a prévio exame médico ou perícia, salvo comprovada má-fé (Súmula 609/STJ). **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 26**



É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental (Tema 990/STJ).  
**(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 27**

~~As Resoluções nº 1956/2010 Conselho Federal de Medicina e nº 115/2012 do Conselho Federal de Odontologia e o rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes na Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas alterações, são de observância obrigatória.~~

**(Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 28**

Nas decisões para o fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais – OPME, o juiz deve exigir a descrição técnica e não a marca específica e/ou o fornecedor, em consonância com normas do SUS, da ANS, bem como a Resolução n. 1956/2010 do CFM. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 29**

Na análise de pedido para concessão de tratamento, medicamento, prótese, órtese e materiais especiais, os juízes deverão considerar se os médicos ou os odontólogos assistentes observaram a eficácia, a efetividade, a segurança e os melhores níveis de evidências científicas existentes. Havendo indício de ilícito civil, criminal ou ético, deverá o juiz oficiar ao Ministério Público e a respectiva entidade de classe do profissional.

#### **ENUNCIADO Nº 30**

~~É recomendável a designação de audiência para ouvir o médico ou o odontólogo assistente quando houver dúvida sobre a eficiência, a eficácia, a segurança e o custo-efetividade da prescrição.~~ **(Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**





### ENUNCIADO Nº 31

~~Recomenda-se ao Juiz a obtenção de informações do Núcleo de Apoio Técnico ou Câmara Técnica e, na sua ausência, de outros serviços de atendimento especializado, tais como instituições universitárias, associações profissionais, etc. (Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)~~

### ENUNCIADO Nº 32

A petição inicial nas demandas de saúde deve estar instruída com todos os documentos relacionados com o diagnóstico e tratamento do paciente, tais como: doença, exames essenciais, medicamento ou tratamento prescrito, dosagem, contraindicação, princípio ativo, duração do tratamento, prévio uso dos programas de saúde suplementar, indicação de medicamentos genéricos, entre outros, bem como o registro da solicitação à operadora e/ou respectiva negativa. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

### ENUNCIADO Nº 33

Recomenda-se aos magistrados e membros do Ministério Público, da Defensoria Pública e aos Advogados a análise dos pareceres técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - Conitec para auxiliar a prolação de decisão ou a propositura da ação. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

### ENUNCIADO Nº 34

Os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos e eventos listados na Lei 9.656/98 e no rol de procedimentos e eventos em saúde, solicitados por cirurgiões-dentistas ou odontólogos, são de cobertura obrigatória quando vinculados a eventos de natureza odontológica, desde que constante do contrato, bem como observada segmentação contratada.

### ENUNCIADO Nº 35



Nos planos coletivos, contratados a partir da vigência da Resolução Normativa n. 195/09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em que não for comprovado o vínculo entre o consumidor e a pessoa jurídica contratante na forma da regulamentação da ANS, o tipo de contratação do consumidor cujo vínculo não for comprovado, deve ser considerado individual para efeitos de rescisão e reajuste, não se aplicando aos planos das empresas e entidades de autogestão.

#### **ENUNCIADO Nº 36**

O tratamento das complicações de procedimentos médicos e cirúrgicos decorrentes de procedimentos não cobertos tem obrigatoriedade de cobertura, respeitando-se as disposições do rol de procedimentos e eventos em saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e as segmentações contratadas.

#### **ENUNCIADO Nº 37**

As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito.

#### **ENUNCIADO Nº 38**

Nas pesquisas envolvendo seres humanos deve ser assegurada a proteção dos direitos fundamentais dos participantes da pesquisa, além da avaliação da necessidade, utilidade e proporcionalidade do procedimento, com o máximo de benefícios e mínimo de danos e riscos.

#### **ENUNCIADO Nº 39**

O estado de filiação não decorre apenas do vínculo genético, incluindo a reprodução assistida com material genético de terceiro, derivando da manifestação inequívoca de vontade da parte.

**ENUNCIADO Nº 46**

Nas ações judiciais para as transferências hospitalares deve ser verificada a inserção do paciente nos sistemas de regulação, de acordo com o regramento de referência de cada Município, Região ou Estado, observados os critérios clínicos e priorização. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

**ENUNCIADO Nº 47**

Não estão incluídos na competência dos juizados especiais os casos em que se pretende o fornecimento de medicamento e/ou tratamento cujo custo total, quando passível de estimação, e anual, em tratamentos continuados por tempo indeterminado, supere o limite da competência dos referidos juizados. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

**ENUNCIADO Nº 48**

~~As altas de internação hospitalar de paciente, inclusive de idosos e toxicômanos, independem de novo pronunciamento judicial, prevalecendo o critério técnico profissional do médico. (Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)~~

**ENUNCIADO Nº 49**

Para que a prova pericial seja mais fidedigna com a situação do paciente, recomenda-se a requisição do prontuário médico.

**ENUNCIADO Nº 50**

Não devem ser deferidas medidas judiciais de acesso a medicamentos e materiais não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA ou deferidas medidas judiciais que assegurem acessos a produtos ou procedimentos experimentais (Tema 106 STJ - STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657.156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves - 1ª Seção Cível - julgamento repetitivo dia 25.04.2018 e RE



#### **ENUNCIADO Nº 40**

É admissível, no registro de nascimento de indivíduo gerado por reprodução assistida, a inclusão do nome de duas pessoas do mesmo sexo, como pais.

#### **ENUNCIADO Nº 41**

~~O estabelecimento da idade máxima de 50 anos, para que mulheres possam submeter-se ao tratamento e à gestação por reprodução assistida, afronta o direito constitucional à liberdade de planejamento familiar. (Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)~~

#### **ENUNCIADO Nº 42**

Quando comprovado o desejo de viver e de ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto, resultando numa incongruência entre a identidade determinada pela anatomia de nascimento e a identidade sentida, a cirurgia de transgenitalização é dispensável para a retificação de nome no registro civil.

#### **ENUNCIADO Nº 43**

É possível a retificação do sexo jurídico sem a realização da cirurgia de transgenitalização.

#### **ENUNCIADO Nº 44**

O paciente absolutamente incapaz pode ser submetido a tratamento médico que o beneficie, mesmo contra a vontade de seu representante legal, quando identificada situação em que este não defende o melhor interesse daquele. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 45**

Nas hipóteses de reprodução humana assistida, nos casos de gestação de substituição, a determinação do vínculo de filiação deve contemplar os autores do projeto parental, que promoveram o procedimento.



566471/RN, RE 657718/MG do STF). **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 51**

Nos processos judiciais, a caracterização da urgência/emergência requer relatório médico circunstanciado, com expressa menção do quadro clínico de risco imediato.

#### **ENUNCIADO Nº 52**

Nas ações reiteradas na mesma Comarca que apresentem pedidos de medicamentos, produtos ou procedimentos já previstos nas listas oficiais, como medida de eficácia da atuação jurisdicional, é pertinente o magistrado dar ciência dos fatos aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde.

#### **ENUNCIADO Nº 53**

Mesmo quando já efetuado o bloqueio de numerário por ordem judicial, pelo princípio da economicidade, deve ser facultada a aquisição imediata do produto por instituição pública ou privada vinculada ao Sistema Único de Saúde – SUS, observado o preço máximo de venda ao governo – PMVG, estabelecido pela CMED.

#### **ENUNCIADO Nº 54**

Havendo valores depositados em conta judicial, a liberação do numerário deve ocorrer de forma gradual mediante comprovação da necessidade de continuidade do tratamento postulado, evitando-se a liberação única do montante integral.

#### **ENUNCIADO Nº 55**

O levantamento de valores para o cumprimento de medidas liminares nos processos depende da assinatura de termo de responsabilidade e prestação de contas periódica.

#### **ENUNCIADO Nº 56**

Havendo depósito judicial ou sequestro de verbas (Bacenjud)) para aquisição de medicamentos, produto ou serviço, antes da apreciação do pedido, deve-se exigir da



parte a apresentação prévia de até 3 (três) orçamentos, exceto nas hipóteses de complexa definição de custos (cirurgias, internações e fornecimento de insumos de uso hospitalar), em que outros parâmetros poderão ser observados. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 57**

Em processo judicial no qual se pleiteia o fornecimento de medicamento, produto ou procedimento, é recomendável verificar se a questão foi apreciada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC.

#### **ENUNCIADO Nº 58**

Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME ou na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES ou nos protocolos do Sistema Único de Saúde – SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse.

#### **ENUNCIADO Nº 59**

As demandas por procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais, fora das listas oficiais, devem estar fundadas na Medicina Baseada em Evidências - MBE.

#### **ENUNCIADO Nº 60**

A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento.

#### **ENUNCIADO Nº 61**



~~Proposta de alteração do enunciado nº 4 da I Jornada – Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêutica, de insumos e de procedimentos, e não limitadores. Assim, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente usuário do SUS, pelo princípio do art. 198, II, da CF, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo Sistema Único de Saúde, do fármaco, insumo ou procedimento não protocolizado. (Revogado pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)~~

#### **ENUNCIADO Nº 62**

Para o fim de cobertura assistencial, o conceito de urgência e emergência deve respeitar a definição legal contida no art. 35-C, Lei Federal 9.656/98, de acordo com o relatório médico, com expressa menção do quadro clínico de risco imediato. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 63**

O deferimento de cirurgia bariátrica em tutela de urgência sujeita-se à observância das diretrizes constantes da Resolução CFM nº 1942/2010 e de outras normas que disciplinam a matéria.

#### **ENUNCIADO Nº 64**

A atenção domiciliar depende de cobertura contratual e indicação clínica, podendo ser prestada nas modalidades de assistência domiciliar e internação domiciliar. A atenção domiciliar não supre a participação da família, responsável também pelo trabalho do cuidador, salvo cobertura contratual quanto a este último. (RDC 11/2006 - ANVISA). **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

#### **ENUNCIADO Nº 65**

Não é vedada a intervenção de terceiros nas demandas que envolvam operadora de saúde. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**



**ENUNCIADO Nº 66**

Poderá constituir ato ilícito por violação de direito do paciente e quebra de confiança passível de condenação por dano, a recusa em fornecer cópia do prontuário ao próprio paciente ou seu representante legal ou contratual, após comprovadamente solicitado, por parte do profissional de saúde, clínica ou instituições hospitalares públicas ou privadas. **(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)**

**ENUNCIADO Nº 67**

As informações constantes do receituário médico, para propositura de ação judicial, devem ser claras e adequadas ao entendimento do paciente, em letra legível, discriminando a enfermidade pelo nome e não somente por seu código na Classificação Internacional de Doenças – CID, assim como a terapêutica e a denominação genérica do medicamento prescrito.

**ENUNCIADO Nº 68**

Os direitos reprodutivos correspondem ao conjunto de direitos básicos relacionados com o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana.

**III JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE**

**ENUNCIADO Nº 69**

Nos casos em que o pedido em ação judicial seja a realização de consultas, exames, cirurgias ou procedimentos especializados, recomenda-se consulta prévia ao ente público demandado sobre a existência de lista de espera organizada e regulada pelo Poder Público para acessar o respectivo serviço, de forma a verificar a inserção do paciente nos sistemas de regulação, de acordo com o regramento de referência de cada Município, Região ou Estado, observados os critérios clínicos e de priorização.

**ENUNCIADO Nº 70**





Configura abandono de tratamento a não retirada do medicamento e de outros produtos por mais de 03 (três) meses consecutivos, facultando-se ao demandado a suspensão das respectivas aquisições, devendo, ainda, noticiar ao Juízo do respectivo abandono.

#### **ENUNCIADO Nº 71**

A utilização dos dados pessoais de saúde, inclusive os provenientes de mapeamento genético e os presentes nos meios digitais, deverá observar os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade, não podendo ser utilizados para limitação de cobertura ou acesso aos serviços de saúde públicos ou privados.

#### **ENUNCIADO Nº 72**

O consumidor tem direito de acesso à tabela de reembolso no ato de contratação e a qualquer momento posterior, devendo as operadoras de saúde divulgarem, de forma clara, os valores devidos para reembolso.

#### **ENUNCIADO Nº 73**

A ausência do nome do medicamento, procedimento ou tratamento no rol de procedimentos criado pela Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas atualizações, não implica em exclusão tácita da cobertura contratual.

#### **ENUNCIADO Nº 74**

Não havendo cumprimento da ordem judicial, o Juiz efetuará, preferencialmente, bloqueio em conta bancária do ente demandado, figurando a multa (astreintes) apenas como *ultima ratio*.

#### **ENUNCIADO Nº 75**

Nas ações individuais que buscam o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do Sistema Único de Saúde – SUS, sob pena de indeferimento do pedido, devem ser observados cumulativamente os requisitos estabelecidos pelo STJ, no julgamento do RESP n. 1.657.156, e, ainda, os seguintes critérios:



- I) o laudo médico que ateste a imprescindibilidade do medicamento postulado poderá ser infirmado através da apresentação de notas técnicas, pareceres ou outros documentos congêneres e da produção de prova pericial;
- II) a impossibilidade de fornecimento de medicamento para uso *off label* ou experimental, salvo se houver autorização da ANVISA;
- III) os pressupostos previstos neste enunciado se aplicam a quaisquer pedidos de tratamentos de saúde não previstos em políticas públicas.

#### **ENUNCIADO Nº 76**

A decisão judicial sobre fornecimento de medicamentos e serviços de saúde deverá, à vista do contido nos autos, trazer fundamentação sobre as suas consequências práticas, considerando os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas (arts. 20 a 22 da LINDB), não podendo fundar-se apenas em valores jurídicos abstratos (art. 20 da LINDB).

#### **ENUNCIADO Nº 77**

Para o cumprimento da tutela judicial referente ao fornecimento de produtos em saúde, pode o ente público disponibilizar a entrega na instituição em que o paciente realiza o tratamento ou por meio de seus órgãos regionais, bem como em cooperação com as secretarias municipais e estaduais de saúde.

#### **ENUNCIADO Nº 78**

Compete à Justiça Federal julgar as demandas em que são postuladas novas tecnologias ainda não incorporadas ao Sistema Único de Saúde – SUS.

#### **ENUNCIADO Nº 79**

Descabe o pagamento de honorários médicos em cirurgias e procedimentos realizados no âmbito privado, se os profissionais envolvidos integram o quadro do Sistema Único de Saúde – SUS e se a cirurgia ou procedimento foi pago com recurso público e realizada dentro da carga horária do profissional.

**ENUNCIADO Nº 80**

Configura-se conflito de interesse a situação em que o médico pertencente ao quadro de servidores públicos atende paciente pelo Sistema Único da Saúde - SUS e prescreve tratamento realizado exclusivamente pelo prescritor ou sócio na rede particular de saúde, não observando os protocolos e as listas do Sistema Único de Saúde – SUS.

**ENUNCIADO Nº 81**

Caso o magistrado vislumbre a existência de considerável número de demandas individuais acerca de uma mesma matéria relativa ao direito de acesso à saúde pública, capaz de demonstrar uma ineficiência específica de atendimento, comunicará o fato ao gestor e aos conselhos de saúde para adoção de providências, bem como a Defensoria Pública, o Ministério Público e os Comitês Executivos Estaduais/Distrital de Saúde.

**ENUNCIADO Nº 82**

A entrega de valores bloqueados do orçamento público da saúde para custeio do tratamento na rede privada não deve ser feita diretamente à parte demandante, e sim ao estabelecimento que cumprir a obrigação em substituição à Fazenda Pública, após comprovação da sua realização, por meio de apresentação do respectivo documento fiscal.

**ENUNCIADO Nº 83**

Poderá a autoridade judicial determinar, de ofício ou a requerimento da parte, a juntada ao processo de documentos de evidência científica (nota técnica ou parecer) disponíveis no e-NatJus (CNJ) ou em bancos de dados dos Núcleos de Assessoramento Técnico em Saúde (NATS) de cada estado, desde que relacionados ao mesmo medicamento, terapia ou produto requerido pela parte.

**ENUNCIADO Nº 84**

Na fixação de prazo para o cumprimento das determinações judiciais concessivas, deverá a autoridade judicial atentar para as dificuldades inerentes à aquisição dos



medicamentos ou produtos pelo Poder Público e Agentes da Saúde Suplementar, bem como a origem ou procedência dos insumos.

#### **ENUNCIADO Nº 85**

Para aferição da incapacidade financeira do paciente, o Juiz poderá realizar prévia consulta aos sistemas (RenaJud, BacenJud, InfoJud, CNIB etc) e aos bancos de dados à disposição do Poder Judiciário, preservando-se a natureza sigilosa dos dados obtidos e observado o direito ao contraditório (CPC, arts. 9º e 10).

#### **ENUNCIADO Nº 86**

As multas fixadas por descumprimento de determinações judiciais (astreintes) devem levar em consideração as dificuldades inerentes à aquisição dos medicamentos ou produtos pelo Poder Público ou por Agentes de Saúde Suplementar, bem como guardar proporcionalidade com o valor da prestação pretendida.

#### **ENUNCIADO Nº 87**

Nas decisões que determinem o fornecimento de medicamento ou de serviço por mais de um ente da federação, deve-se buscar, em sendo possível, individualizar os atos que serão de responsabilidade de cada ente.

#### **ENUNCIADO Nº 88**

A indicação do profissional ou prestador de serviço na área da saúde, em princípio, deve sempre observar a política pública e a determinação pelo gestor do Sistema Único de Saúde – SUS, inexistindo o direito subjetivo à escolha da instituição e do médico pelo paciente.

#### **ENUNCIADO Nº 89**

Deve-se evitar a obstinação terapêutica com tratamentos sem evidências médicas e benefícios, sem custo-utilidade, caracterizados como a relação entre a intervenção e seu respectivo efeito – e que não tragam benefícios e qualidade de vida ao paciente, especialmente nos casos de doenças raras e irreversíveis, recomendando-se a consulta ao



gestor de saúde sobre a possibilidade de oferecimento de cuidados paliativos de acordo com a política pública.

#### **ENUNCIADO Nº 90**

Sem prejuízo dos casos urgentes, visando respeitar as competências do Sistema Único de Saúde – SUS definidas em lei para o atendimento universal às demandas do setor de saúde, nas quais se pleiteiam tratamentos de terapia renal substitutiva, caso atendidos por médicos particulares, a ordem judicial implica a inclusão no cadastro, o acompanhamento e o tratamento junto a uma unidade de atenção especializada em Doença Renal Crônica - DRC.

#### **ENUNCIADO Nº 91**

O cumprimento de pleito judicial que vise à prestação de ação ou serviço exclusivo da EDUCAÇÃO não é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde – SUS.

#### **ENUNCIADO Nº 92**

Na avaliação de pedido de tutela de urgência, é recomendável levar em consideração não apenas a indicação do caráter urgente ou eletivo do procedimento, mas também o conjunto da condição clínica do demandante, bem como as repercussões negativas do longo tempo de espera para a saúde e bem-estar do paciente.

#### **ENUNCIADO Nº 93**

Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos.

#### **ENUNCIADO Nº 94**

Até que possa ser concluído o processo da compra de medicamentos ou produtos deferidos por decisão judicial para regular fornecimento, o magistrado poderá



determinar à parte ré o depósito judicial de valores que permitam à parte autora a aquisição, sob pena do sequestro de verbas.

#### **ENUNCIADO Nº 95**

A alteração de dosagem, posologia, quantidade ou forma de apresentação de medicamento, produto ou insumo em relação ao postulado na inicial não implica ampliação dos limites objetivos da lide, aplicando-se a regra da fungibilidade.

#### **ENUNCIADO Nº 96**

Somente se admitirá a impetração de mandado de segurança em matéria de saúde pública quando o medicamento, produto, órtese, prótese ou procedimento constar em lista RENAME, RENASES ou protocolo do Sistema Único de Saúde – SUS.

#### **ENUNCIADO Nº 97**

As solicitações de terapias alternativas não previstas no rol de procedimentos da ANS, tais como equoterapia, hidroterapia e métodos de tratamento, não são de cobertura e/ou custeio obrigatório às operadoras de saúde se não estiverem respaldadas em Medicina Baseada em Evidência e Plano Terapêutico com Prognóstico de Evolução.

#### **ENUNCIADO Nº 98**

Na oncologia não há dispensação fracionada de medicamentos no tratamento, salvo excepcionalidade descrita em relatório/laudo médico circunstanciado.

#### **ENUNCIADO Nº 99**

O tratamento multiprofissional do transtorno do espectro autista é de cobertura obrigatória por parte das operadoras de saúde, as quais devem viabilizar ao beneficiário ou equipe multiprofissional credenciada pela operadora de saúde, desde que o método seja reconhecido pelos respectivos conselhos de classe dos profissionais integrantes da referida equipe multiprofissional, ou que esteja expressamente previsto no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS.

**ENUNCIADO Nº 100**

As decisões judiciais que determinem a cobertura de procedimentos e eventos em saúde deverão ser cumpridas preferencialmente no âmbito da rede prestadora da operadora de saúde, salvo nos casos em que demonstrada a inexistência de especialista credenciado.

**ENUNCIADO Nº 101**

As decisões judiciais que versem sobre coberturas contratuais asseguradas mediante reembolso sujeitam-se aos limites dos valores contratados, desde que haja especialista credenciado pela rede contratada.

**ENUNCIADO Nº 102**

Em caso de drogadição ou transtorno mental, deve ser dada prioridade aos serviços comunitários de saúde mental em detrimento das internações (Lei 10.216/2001).

**ENUNCIADO Nº 103**

Havendo recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC pela não incorporação de tecnologia, a determinação judicial de fornecimento deve apontar o fundamento e a evidência científica que afaste a conclusão do órgão técnico, em razão da condição do paciente.



## RELATÓRIO MÉDICO PARA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

<b>1. Sobre o profissional</b>	
1.1 Nome do médico:	
1.2 Número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM):	
1.3 CNS:	
1.4 Especialidade (se tiver):	
<b>2. Sobre o paciente</b>	
2.1. Nome do(a) paciente:	
2.2. Data de nascimento:	
2.3. CPF: Sexo: ( ) F ( ) M	
2.5. Endereço completo (com CEP):	
<b>3. Sobre a forma de atendimento</b>	
3.1. Trata-se de paciente atendido pela Saúde Pública (___) ou pela Saúde Suplementar (___)	
3.2. Qual operadora? _____	
3.3. Houve tentativa de obter acesso ao produto ou serviço no plano de saúde? _____ Houve negativa? _____ Escrita ou verbal? _____ Em que data? __/__/__	
3.4. Houve tentativa de obter o produto ou serviço no SUS? _____	
3.5. Em que Unidade/Município/Estado? _____ Houve negativa? _____ Escrita ou verbal? _____ Em que data? __/__/__	
<b>4. De acordo com a tabela abaixo, os códigos correspondentes às doenças que acometem o paciente são:</b>	
<b>Enfermidade</b>	<b>Código (CID)</b>
<b>5. Medicamentos, produtos ou procedimentos necessários para a finalidade diagnóstica de acordo como quadro abaixo:</b>	
- Tratamento contínuo (___) temporário (___) pelo prazo de _____	
<b>Produtos</b>	<b>Posologia e via de administração</b>
<b>6. Trata-se de produto aprovado pela Anvisa? Sim (___) Não (___)</b>	
6.1. Caso não aprovado pela Anvisa, o produto é aprovado por órgão de controle estrangeiro? _____ De qual país? _____	





6.2. Caso não seja aprovado pela Anvisa, há estudos de evidência científica (eficácia, eficiência, efetividade e segurança) do produto? _____ Qual é a evidência científica _____
<b>7. Trata-se de prescrição <i>off-label</i>?</b> _____
7.1. Caso positivo, justificará prescrição <i>off-label</i> : _____ _____
<b>8. Antes de serem prescritos os produtos ou procedimentos acima listados, foram adotadas as seguintes medidas terapêuticas:</b> _____ _____ _____
<b>9. Não foram prescritas outras medidas médicas alternativas, em razão dos seguintes motivos:</b> _____ _____ _____
<b>10. Os produtos / procedimentos conforme finalidade diagnóstica prescrita constam dos Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas do SUS?</b> _____
<b>11. Existem outros produtos / procedimentos com o mesmo princípio ativo ou capacidade terapêutica similar oferecidos pelo SUS?</b> _____ Quais: _____ _____
<b>12. Há justificativa para a prescrição do produto / procedimento específico diferenciado em razão da condição peculiar do paciente?</b> _____
<b>13. Há produtos, procedimentos ou medicamentos com o mesmo princípio ativo no mercado?</b> Sim (___) Não (___). Caso positivo? Quais? _____ _____
<b>14. Qual a razão para prescrever produto / serviço diferente daquele oferecido pelo SUS ou Plano de Saúde:</b> _____ _____
<b>15. O produto / procedimento é imprescindível para o paciente? Sim (___) Não (___). É urgente? Sim (___) Não (___)</b>
<b>16. A ausência de fornecimento do medicamento, insumo ou procedimento acima poderá ocasionar quais das seguintes consequências:</b> (___) Risco de morte (___) Perda irreversível de órgãos ou funções orgânicas (___) Grave comprometimento do bem-estar (___) Outras



**17. A utilização dos produtos e serviços eliminará o perigo das consequências / sequelas?**

Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_). Justificar: \_\_\_\_\_

**18. Especificar o quadro clínico, as peculiaridades do paciente e demais considerações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**19. Os produtos / procedimentos constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde mínimos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)? Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_).**

**Outras informações ou especificações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observação: O presente relatório médico foi aprovado em reunião do dia 29/02/2016 pelo Comitê Executivo Estadual da Saúde de Minas Gerais, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ ([www.comitesaudemg.com.br](http://www.comitesaudemg.com.br)). O modelo foi elaborado a partir de ampla discussão entre todos os membros do Comitê e com prévia colheita de sugestões do Conselho Regional de Medicina (CRM/MG) e do Conselho Regional de Farmácia (CRF/MG) e Conselho Regional de Odontologia (CRO/MG). Sua elaboração decorreu da constatação das dificuldades dos operadores jurídicos em compreender a técnica médica e da necessidade de instruir as demandas judiciais com informações para compreender a necessidade, eficácia, eficiência, efetividade e segurança dos produtos e serviços de saúde a que se pretende ter acesso, possibilitando ainda uma melhor qualificação técnica das decisões judiciais.



