

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO HORIZONTE.

URGENTE!

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, por sua Promotora de Justiça que esta subscreve, no exercício de suas atribuições legais, vem, perante Vossa Excelência, com fulcro nos artigos 127, caput, 129, inciso III, 196 e 198 da Constituição Federal; artigos 81, parágrafo único, inciso III, 82, inciso I e 83 da Lei nº 8.078/90 (CDC); artigo 66, inciso VI, alínea “a”, da Lei Complementar nº 34/94, e a artigo 5º, da Lei nº 7.347/85, ajuizar a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA, com pedido de TUTELA DE URGÊNCIA DE NATUREZA ANTECIPADA

em face de **UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, inscrita no CNPJ sob o nº 16.513.178/0001-76, com sede na Avenida Francisco Sales, nº 1.483, bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30.150-221 em favor de Terezinha de Jesus Chaves, beneficiária de plano de saúde mantido pela operadora em questão, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

I – DA TRAMITAÇÃO PRIORITÁRIA

A beneficiária Terezinha de Jesus Chaves, conforme comprovado pelo documento de identidade em anexo (DOC 01), é pessoa idosa, **com 90 anos de idade**, razão pela qual tem direito à prioridade de tramitação da presente demanda, nos termos do artigo 1.048, inc. I do CPC e do artigo 71, §5º do Estatuto do Idoso.

II - DOS FATOS

O Ministério Público do Estado de Minas Gerais, no exercício das atribuições de defesa do consumidor, foi procurado pela Sra. Glades Maria Chaves Generoso, que noticiou a negativa de cobertura, pela Operadora de Saúde Unimed BH, de procedimento cirúrgico do qual sua mãe, Terezinha de Jesus Chaves, necessita com urgência (DOC 02).

A Sra. Terezinha de Jesus Chaves, encontra-se atualmente acometida de Estenose Aórtica e em decorrência de seu estado de saúde, recebeu a indicação médica de realização do procedimento cirúrgico denominado Implante de Válvula Aórtica Transcateter (TAVI). (DOC 03-A). Diante do delicado quadro de saúde, que se agrava em decorrência de sua idade avançada, posto ter 90 anos de idade, a idosa tem sido internada por diversas vezes para tratamento de questões decorrentes do agravamento de seus problemas cardíacos, citando-se recente edema pulmonar e pneumonia, conforme documentos anexos (DOC 03-B e DOC 03-C).

Desde o ano de 2010, a idosa é beneficiária do plano de saúde Unipart Flex Regional mantido pela Unimed BH, registrado na ANS sob o número 436182012, com contrato nº 0173394 e carteira nº 0 006 050062646200 1 (DOC 04).

No entanto, entre 19 e 23/05/2019 (DOC 05), os familiares da enferma formalizaram junto à Unimed BH pedido de realização do procedimento cirúrgico denominado Implante Percutâneo de Válvula Aórtica (TAVI),

sendo certo que no dia 27/05/2019 receberam a informação de que a cobertura havia sido negada. Através do “Informativo de Solicitação Negada”, no qual consta que a negativa deveu-se à ausência de previsão desta cirurgia no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde (DOC 06).

II – PRELIMINARMENTE

II.1 - DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Preliminarmente, tomando-se por base os fatos constantes nos autos, é cristalina a percepção de que as questões aqui apresentadas circundam, necessariamente, a mais básica esfera de direitos de todos os seres humanos, qual seja, o direito constitucionalmente consagrado como bem jurídico e direito social: a proteção à saúde, conforme revela os artigos 6º e 196 da Lei Maior do País.

“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Destaca-se que a Constituição da República Federativa do Brasil outorgou à saúde proteção jurídica especial. Para tanto, consagrou as ações e serviços de saúde como de “relevância pública” e definiu entre as funções institucionais do Ministério Público a de zelar pelo efetivo respeito aos serviços de relevância pública e aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (CF 88, art. 129, II), ponto que será abordado nesta peça argumentativa.

Nesse diapasão, o direito à saúde, não obstante ser considerado direito individual homogêneo, sua natureza é claramente de interesse indisponível, tendo em vista que sua tutela sempre interessa a toda a sociedade, indistintamente.

À guisa de complementação, tem-se que os direitos de natureza indisponível são aqueles intrinsecamente fundamentais a todo ser humano e às relações sociais.

Neste sentido, o Pretório Excelso, em voto do Ministro Relator aportado em julgado extremamente esclarecedor, revelou o conceito de indisponibilidade de direitos:

“A indisponibilidade de determinados direitos não decorre da natureza privada ou pública das relações jurídicas que lhes são subjacentes, mas da importância que elas têm para a sociedade. O interesse público de que se cogita é aquele relacionado à preservação do bem comum, da estabilidade das relações sociais, e não o interesse da administração pública em sentido estrito. Daí reconhecer-se ao Estado não só o direito, mas o dever de tutelar essas garantias, pois embora guardem natureza pessoal e imediata, revelam, do ponto de vista mediato, questões de ordem pública. Direito individual indisponível é aquele que a sociedade, por meio de seus representantes, reputa como essencial à consecução da paz social, segundo os anseios das comunidades, transmudando, por lei, sua natureza primária marcadamente pessoal. A partir de então dele não pode dispor seu titular, em favor do bem comum maior a proteger, pois gravado de ordem pública subjacente, ou no dizer de Ruggiero 'pela utilidade universal da comunidade'”. (BRASIL. STF. RE nº 248.869/SP, Rel. Min. Maurício Corrêa – grifos nossos)

Importa colacionar também posição do Supremo Tribunal Federal acerca da indisponibilidade de interesses, argumentação esta que é utilizada de modo recorrente na jurisprudência brasileira, referindo-se ao direito à saúde, “que se qualifica como direito subjetivo inalienável”:

“Cumpre não perder de perspectiva que o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público [...]”.
(BRASIL. STF. AgRg no RE nº 271.286/8. Voto do Min. Celso Mello)

Diante das alegações acima expostas, resta inexorável reconhecer-se que a saúde é o direito indisponível por excelência, posto não estar restrito a somente uma parcela da população e, principalmente, derivar diretamente do direito à vida e do Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana, elencado como Direito Fundamental pela Carta da República Brasileira e vetor de toda a ordem constitucional.

Por fim, é de imperiosa importância destacar-se que o comando constitucional insculpido no artigo 127 atribui ao Ministério Público a defesa dos direitos individuais indisponíveis, dentre os quais o direito à saúde, sendo certo que a interpretação do referido dispositivo deve ser feita de modo a permitir que este Órgão Ministerial utilize os instrumentos à sua disposição para a defesa destes interesses, tais como a atuação administrativa, atuação judicial enquanto *custos legis* e, principalmente, o ajuizamento de ações coletivas que produzirão reflexos nos direitos individuais.

Ademais, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal consolidou-se no sentido de que o Ministério Público tem legitimidade para a defesa de interesses individuais indisponíveis, como ocorre na espécie vertente (direito à saúde). Senão vejamos:

“LEGITIMIDADE – MINISTÉRIO PÚBLICO – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – FORNECIMENTO DE REMÉDIO PELO ESTADO. O Ministério Público é parte legítima para ingressar em juízo com ação civil pública visando a compelir o Estado a fornecer medicamento indispensável à saúde de pessoa individualizada” (RE 407.902, Rel. Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, Dje 28/08/2009 - grifos nossos)

AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE ATIVA. DEFESA DE DIREITOS SOCIAIS E INDIVIDUAIS INDISPONÍVEIS. PRECEDENTES. 1. **A Constituição do Brasil, em seu artigo 127, confere expressamente ao Ministério Público poderes para agir em defesa de interesses sociais e individuais indisponíveis, como no caso de garantir o fornecimento de medicamentos a hipossuficiente.** 2. **Não há que se falar em usurpação de competência da defensoria pública ou da advocacia privada.** Agravo Regimental a que se nega provimento.” (RE 554.088-ArR, Rel. Min. Eros Grau, Segunda Turma, Dje 20/06/2008 – grifos nossos)

Destaca-se que o Superior Tribunal de Justiça também ostenta entendimento no mesmo sentido:

“O direito à saúde, como elementos essencial à dignidade da pessoa humana, insere-se no rol daqueles direitos cuja tutela pelo Ministério Público interessa à sociedade, ainda que em favor de pessoa determinada.” (Resp nº 695.396/RS)

Sendo assim, vida e saúde são direitos básicos dos consumidores, e, por sua própria natureza, indisponíveis. Logo, também por esse motivo está-se diante de interesses para os quais o Ministério Público encontra-se plenamente legitimado para atuar na defesa coletiva do consumidor.

III – DO MÉRITO

III.1 - DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERESSE PÚBLICO/ DEVER DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

O direito à saúde, consagrado como um direito social pelo artigo 6º da Constituição Federal de 1988, deve ser assegurado pelo Estado, em todas as esferas de governo, de modo que a União, Estados, Município e Distrito Federal devem cooperar, financeira e tecnicamente, para a concretização

desse direito.

Consoante o disposto no artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantido a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Desse modo, cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios agirem em conjunto no cumprimento do mandamento constitucional.

Assim, além da obrigação estatal de prestar diretamente o serviço público de saúde, é conferido às pessoas jurídicas de direito privado, por meio do artigo 197 da Constituição da República, a possibilidade de também executar ações e serviços de saúde, desde que se mantenham sob a regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público.

Dessa forma, ainda que o serviço de saúde possa ser prestado também de forma privada, há um interesse público envolvido nesse setor, de modo que se fez necessária a edição de normas para nortear a atuação das operadoras de planos de saúde, bem como a criação de uma agência reguladora para regulamentar e fiscalizar esse setor.

Nesse ponto, registre-se que a Lei nº 9.656/98 foi um marco para a saúde privada, disciplinando direitos dos beneficiários dos planos de saúde e deveres das prestadoras desse serviço que, apesar de privado, é dotado de relevante interesse público.

Em razão do interesse público que recai sobre o setor de saúde suplementar, tem-se que o particular que assume o risco de prestar essa atividade deve também assegurar que ela seja prestada de forma integral. Confira-se o entendimento do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais:

*PLANO DE SAÚDE - AÇÃO DECLARATÓRIA -
BENEFICIÁRIA DO PLANO - ENFERMIDADE -
LEGITIMIDADE ATIVA - CLÁUSULAS RESTRITIVAS -
NULIDADE - CONSTITUIÇÃO FEDERAL - LEI 8.078/90 -
APLICABILIDADE - PLANO DE SAÚDE -*

CONTRATAÇÃO QUE PREVÊ EXCLUSÕES ABUSIVAS E IMPEDITIVAS DE BOA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO CONTRATANTE- INOPEROSIDADE FRENTE AO TEXTO - NULIDADE DECLARADA - RECURSO DESPROVIDO. É a usuária parte legítima para propor demanda, objetivando a declaração de nulidade de cláusula do contrato coletivo de prestação de serviços de assistência à saúde. A saúde, como bem intrinsecamente relevante à vida e à dignidade humana, foi elevada pela atual Constituição Federal à condição de direito fundamental do homem, não podendo por isso ser considerada, como simples mercadoria, nem confundida com outras atividades econômicas. **O particular, que presta uma atividade econômica correlacionada com serviços médicos e de saúde, possui os mesmos deveres do Estado, ou seja, prestar assistência médica integral aos consumidores dos seus serviços, entendimento esse que não se sustenta somente no texto constitucional ou no Código de Defesa do Consumidor, mas, principalmente, na lei de mercado, segundo a qual, quanto maior o lucro, maior também o risco. Ao negar cobertura a determinados tipos de doenças a empresa atenta contra os direitos - absolutos - à saúde e à vida dos segurados e tal disposição será tida por ilícita exatamente porque descumprida está a função do contrato. As cláusulas que excluem boa e pronta assistência ao contratante de plano de saúde devem ser desconsideradas e tidas por abusivas e nulas, pois a avença surge para garantir a dignidade do ser humano quando submetido à doença, pelo que as exclusões, para quimioterapia e similares, são de nenhum valor, se acometido o paciente de alguma espécie de câncer, aplicados o texto constitucional e as disposições consumeristas, até porque a proteção se destina a casos assim. (TJMG - Apelação Cível 1.0024.08.076517-5/001, Relator(a): Des.(a) Antônio de Pádua , 14ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 15/04/2010, publicação da súmula em 11/05/2010). (Grifo nosso).**

Nesse sentido, a saúde privada não é uma mera mercadoria que pode ser comercializada por quem se interessar, sendo que a sua regulamentação preserva o interesse público inerente a essa atividade. Assim, a prestação desse tipo de serviço pelos particulares não fica totalmente à mercê das regras de mercado, devendo as operadoras de planos de saúde observarem a regulamentação do setor para que, em última análise, assegure-se o mandamento

constitucional de direito à saúde.

III.2 – DA RESPONSABILIDADE PELA DEFINIÇÃO DO MELHOR TRATAMENTO A SER UTILIZADO.

Consoante robusta documentação em anexo, verifica-se que os médicos responsáveis pelo acompanhamento da enferma, após a realização de diagnóstico completo que apontou que a Sra. Terezinha de Jesus Chaves encontra-se acometida com gravíssima doença que coloca em risco imediato sua saúde e sua vida, indicou como o melhor tratamento para sua condição a realização do procedimento cirúrgico denominado Implante Percutâneo de Válvula Aórtica – TAVI (DOC 02-A).

Nesse sentido, salienta-se que somente este profissional, que acompanha a idosa e tem ciência do seu completo quadro de saúde, bem como das eventuais contraindicações para a realização de qualquer procedimento, está apto a definir o tratamento mais adequado para a Sra. Terezinha de Jesus Chaves.

Assim, não cabe à operadora de saúde determinar ou escolher qual a melhor solução a ser dada ao caso, sendo certo que tal incumbência cabe única e exclusivamente ao profissional médico responsável pelo tratamento da idosa, em comum acordo com a paciente e seus familiares.

Nesse sentido ressalta-se que o contrato do plano de saúde ao qual se encontra vinculada a beneficiária pode dispor acerca das patologias cobertas e nunca sobre o tipo de tratamento para cada patologia contratualmente prevista, sob pena de grave risco à integridade física dos pacientes.

Nesse diapasão, colaciona-se entendimento jurisprudencial consolidado no sentido da abusividade da negativa de cobertura para o tratamento de doença contratualmente prevista e, principalmente, em que definiu-se caber ao médico, e não ao operador do plano, a indicação da providência apta a tratar o quadro clínico do paciente. Senão vejamos:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. NEGATIVA INDEVIDA. SÚMULA N. 83/STJ. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. VALOR. REEXAME. SÚMULA N. 7/STJ. NÃO PROVIMENTO. 1. **A jurisprudência desta Corte firmou o entendimento no sentido de que é abusiva a negativa de cobertura, pelo plano de saúde, a algum tipo de procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no contrato.** 2. Não cabe, em recurso especial, reexaminar matéria fático-probatória (Súmula n. 7/STJ). 3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp 1275885/DF, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 28/03/2019, DJe 02/04/2019; grifo nosso)

APELAÇÃO CÍVEL - DIREITO CONSUMIDOR - ORDINÁRIA - PLANO DE SAÚDE - PRELIMINAR - ILEGITIMIDADE PASSIVA - ANÁLISE EM SANEADOR - AUSÊNCIA DE RECURSO - PRECLUSÃO - LEI 9656/98 - OBRIGAÇÃO DE TRATO SUCESSIVO - APLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO CONSUMEIRISTA - CLAÚSULA LIMITATIVA - INDICAÇÃO MÉDICA - NEGATIVA DE COBERTURA - ILEGALIDADE - DANO MORAL - EXISTENTE.

- Não há que se falar em nova análise de preliminar já afastada em despacho saneador, ainda sob a égide do CPC/73 do qual a parte não se irressignou a tempo e modo. [...]

- "É abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado." (STJ - AgRg no AREsp 368748/SP)

- **"O contrato de plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas não lhe sendo permitido, ao contrário, delimitar os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade constante da cobertura."** (STJ - Ag.Rg. no Ag 1355252/MG)

- A negativa de cobertura de atendimento, quando não há previsão contratual expressa, com ciência inequívoca, é ato ilícito que causa dano moral, a ensejar

indenização. [...] (TJMG - Apelação Cível 1.0439.12.001914-6/001, Relator(a): Des.(a) Alexandre Santiago , 11ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 13/02/0019, publicação da súmula em 10/04/2019)

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PROCESSUAL CIVIL. DIREITO CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. APLICAÇÃO DO CDC. PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA DE FÍGADO. REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTE. RECUSA. PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. DANO MORAL. PRESENÇA. QUANTUM FIXADO. OBSERVÂNCIA DOS PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E DA RAZOABILIDADE. 1. Aplicam-se as regras do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. Com efeito, a lei de proteção ao consumidor não exclui as sociedades civis sem fins lucrativos da incidência de suas regras. Logo, se a pessoa jurídica presta serviço no mercado de consumo mediante remuneração, numa relação contratual, é considerada fornecedora nos moldes do CDC, embora sua finalidade estatutária não contemple a obtenção de lucro. 2. **Ao oferecer planos privados de saúde, a seguradora estabelecerá as patologias acobertadas. Contudo, fica a cargo da equipe médica que assiste o segurado apontar o tipo de tratamento mais indicado e a utilização de material mais eficaz, considerando, por certo, os avanços tecnológicos da medicina.** Assim, se o contrato de seguro permite a cobertura de vários tipos de transplantes, a recusa ao de fígado, especificamente, não se mostra proporcional ou razoável, afronta inclusive o princípio da dignidade da pessoa humana. 3. [...] (Acórdão n.879275, 20130111887875APC, Relator: MARIA DE LOURDES ABREU, Revisor: SILVA LEMOS, 5ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 18/06/2015, Publicado no DJE: 09/07/2015. Pág.: 313) Grifo nosso

III.3 - DA DESARRAZOADA NEGATIVA DE COBERTURA E DO CARÁTER EXEMPLIFICATIVO DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS.

Ao negar a cobertura para a realização do procedimento

denominado Implante Percutâneo de Válvula Aórtica, sob a justificativa de sua ausência no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto pela Agência Nacional de Saúde (DOC 05) , a Operadora incorreu em grave ofensa à Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98), considerando-se expressa previsão acerca da cobertura mínima a ser disponibilizada pelos planos, cujos contornos constam em seu artigo 10, referente ao Plano-Referência.

Assim, o Plano-Referência instituído pelo mencionado diploma legal não transfere à ANS a atribuição de determinar quais os serviços e procedimentos serão cobertos pelos planos de saúde, realizando somente a definição prévia daquilo que deve ser obrigatoriamente coberto, conforme se observa da literalidade do artigo 10 da Lei 9.656/98:

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

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

III - inseminação artificial;

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

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - Revogado

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.

E ainda da **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde**, referida no supramencionado artigo 10 da Lei 9.656/98 que ora transcrevemos:

35 - Transtornos não-reumáticos da valva aórtica

ID 10 - I35	transtornos não-reumáticos da valva aórtica
ID 10 - I35.0	stenose (da valva) aórtica
ID 10 - I35.1	insuficiência (da valva) aórtica
ID 10 - I35.2	stenose (da valva) aórtica com insuficiência
ID 10 - I35.8	outros transtornos da valva aórtica
ID 10 - I35.9	transtornos não especificados da valva aórtica

Conforme análise do artigo em tela, observa-se que a intervenção cirúrgica pleiteada, não consta dentre o rol de exceções à necessária cobertura do plano-referência, posto não se tratar de tratamento cirúrgico experimental, tampouco utilizado para fins estéticos e, menos ainda, ilícito, antiético

ou não-reconhecido pelas autoridades competentes.

Nesta toada, importa salientar que esta cirurgia tem ampla indicação na literatura médica para o tratamento da condição de saúde da beneficiária, destacando-se Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 03/2012¹, que esclarece expressamente:

“A técnica de implante por cateter de prótese valvar aórtica é um procedimento seguro e eficaz para corrigir a obstrução valvar em pacientes idosos com estenose aórtica acentuada ou comorbidades, e com contra-indicação cirúrgica.

Diante do exposto, entendemos que a técnica de correção de doença valvar por via endovascular deixa de ser experimental, constituindo-se como prática médica inconteste com indicação precisa em pacientes com idade avançada diagnosticados com estenose aórtica acentuada ou comorbidades e sem condições cirúrgicas convencionais.”

Em adição, não obstante a Operadora Unimed BH justifique a negativa de realização da cirurgia no fato de não constar no rol de procedimentos de cobertura obrigatória previstos pela ANS, tal pressuposto não conduz a uma conclusão válida.

Segundo descrito no *website* oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar, “O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos”².

¹ Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2012/3_2012.htm> Acesso em 29 maio. 2019.

² Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos%3E>> Acesso em 29 maio. 2019.

Pelo próprio conteúdo mínimo apresentado, é possível verificar-se que a lista em questão deve ser compreendida como possuidora de caráter meramente exemplificativo, por ser faticamente inconcebível que, em uma única lista esteja prevista a totalidade dos procedimentos, serviços e atendimentos demandados para todas as enfermidades existentes no mundo.

Ademais, conforme expressamente salientado pela ANS, o rol de procedimentos estabelece, tão somente, o patamar mínimo a ser coberto pelas Operadoras de Saúde, sendo certo que tal ato administrativo não possui competência para, sob qualquer aspecto, restringir ou limitar direitos já expressamente previstos em lei.

Desse modo, se o procedimento não fora previamente excetuado da previsão das coberturas obrigatórias realizada por lei específica por meio do estabelecimento do plano-referência, o fato de não constar expressamente no Rol de Procedimentos da ANS não retira da Operadora de Saúde seu dever de prestá-lo aos beneficiários.

Neste sentido, à luz do Princípio Constitucional da Hierarquia das Leis, é público e notório que a lei não pode ser, sob hipótese alguma, preterida por uma resolução emitida por Agência Reguladora, devendo ter sua eficácia mantida, posto ser função da resolução tão somente regulamentar a lei, não podendo, portanto, estabelecer restrições não previstas diretamente no dispositivo legal.

Finalmente, há de se apontar que a atual jurisprudência pátria também consolidou-se no sentido da impossibilidade de que resoluções prevaleçam sobre leis, não podendo desvirtuar disposições expressas no texto legislativo. Senão vejamos:

“DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. PRESCRIÇÃO MÉDICA. PRAZO DE CARÊNCIA. RESOLUÇÃO 13/98 DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESTRIÇÕES QUE NÃO PREVALECEM

EM FACE DA LEI 9.656/98 E DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DIREITO À COBERTURA INTEGRAL. I. **As relações jurídicas entre as seguradoras de saúde e os contratantes dos serviços são regidas pela legislação especial e, em caráter complementar, pelo Código de Defesa do Consumidor.** II. Os planos de assistência à saúde devem ser interpretados à luz do princípio da universalidade encartado no artigo 35-F da Lei 9.656/1998 e dos princípios da transparência, informação e boa-fé objetiva consagrados nos artigos 4º, caput e inciso III, e 6º, inciso III, da Lei 8.078/1990. III. Não se submetem a prazos de carência atendimentos emergenciais em que há risco de morte ou de lesões irreparáveis ao consumidor, consoante prescrevem os artigos 12, inciso V, e 35-C da Lei 9.656/98. IV. **Resoluções do órgão regulamentador não podem criar direitos e obrigações estranhos à disciplina legal e, muito menos, limitar ou suprimir prerrogativas asseguradas na lei de regência.** V. Raiaria por indisfarçável afronta à Lei 9.656/98, que garante indistinta e incondicionalmente a cobertura de atendimentos emergenciais independentemente de prazo de carência, e ao Código de Defesa do Consumidor, que resguarda as legítimas expectativas do consumidor quanto a esse tipo de cobertura, a preponderância da limitação de 12 horas contida na Resolução nº 13, do Conselho de Saúde Suplementar. VI. Recurso conhecido e desprovido. (TJDF; Apelação Cível nº 20140111719656; Data da publicação: 10/09/2015; grifo nosso)

“DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. INTERNAÇÃO SUBSEQUENTE. NEGATIVA DE COBERTURA. RESOLUÇÃO 13/98 DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESTRIÇÕES QUE NÃO PREVALECEM EM FACE DA LEI 9.656/98 E DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DIREITO À COBERTURA INTEGRAL.

I. As relações jurídicas entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os contratantes dos serviços são regidas pela lei 9.656/98 e, subsidiariamente, pelo código de defesa do consumidor.

II. Não se submetem a prazos de carência atendimentos emergenciais em que há concreto risco de morte ou de lesões irreparáveis ao consumidor, consoante prescrevem os artigos 12, inciso v, e 35-c da lei 9.656/98.

III. Dentro do sistema de saúde suplementar, resoluções possuem papel de mera regulamentação, ainda assim dentro dos termos admitidos na lei 9.656/98.

IV. Resoluções do órgão regulamentador não podem criar direitos e obrigações estranhos à disciplina legal e, muito menos, limitar ou suprimir prerrogativas asseguradas na lei de regência.

V. Não pode prevalecer norma regulamentar que abrevia o direito ao atendimento de emergência ou que exclui da cobertura a internação que dele advém.

Vi. Raiaria por indisfarçável afronta à lei 9.656/98, que garante indistinta e incondicionalmente a cobertura de atendimentos emergenciais independentemente de prazo de carência, e ao código de defesa do consumidor, que resguarda as legítimas expectativas do consumidor quanto a esse tipo de cobertura, a preponderância da limitação de 12 horas contida na resolução nº 13, do conselho de saúde suplementar.

Vii. Se o atendimento se qualifica como de emergência, a internação que lhe sucede não pode ser considerada autônoma para o fim de ser excluída da cobertura contratual.

Viii. A lei de regência não autoriza a dissociação entre o atendimento de emergência e a internação que dele decorre, muito menos a legislação protecionista consente que o contrato seja interpretado de forma a desvalorizar a proteção legitimamente esperada do consumidor.

ix. Recurso conhecido e desprovido.”

III.4 - DA NECESSÁRIA APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO

Argumentando a ausência de previsão do procedimento cirúrgico pleiteado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a parte ré negou-se a autorizar a realização da cirurgia em questão, argumenta não possuir qualquer obrigação legal na efetivação da internação do beneficiário de seu plano. No entanto, tal raciocínio, que se limita à esfera do direito privado e somente pode ser aplicado em questões exclusivamente patrimoniais, não leva em consideração a magnitude do objeto tratado na presente demanda, qual seja, a vida, fator preponderante pelo qual devem ser pautadas as questões aqui levantadas.

Segundo dispõe a Súmula nº 469 do Superior Tribunal de Justiça, aplicam-se aos planos de saúde as disposições do Código de Defesa do Consumidor, sendo certo que a natureza peculiar dos contratos firmados entre operadoras de saúde e consumidores, cuja hipossuficiência é presumida, não permite o estabelecimento de cláusulas restritivas ao exercício do direito à vida.

Ademais, o objeto do contrato celebrado, qual seja, a prestação de serviços médicos e hospitalares à coletividade de consumidores tem como finalidade a proteção à saúde e à vida, de modo que as suas cláusulas não podem ser interpretadas restritivamente.

Consoante remansosa jurisprudência, o dever das operadoras de cobrir procedimento de saúde subsiste perante as normas consumeristas. Confira-se:

*PLANO DE SAÚDE - CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9656/98 - APLICABILIDADE DO CDC - INTERNAÇÃO URGENTE - NECESSIDADE DE ATENDIMENTO FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA - DANO MORAL - NÃO CONFIGURADO - MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. - **Ainda que o contrato de seguro de saúde tenha sido celebrado antes do advento da Lei nº 9.656/98, as previsões nele encerradas devem ser interpretadas à luz e em consonância com as disposições do Código de Defesa do Consumidor.** Muito embora seja lícita a cláusula contratual que limita o atendimento do paciente a determinada área geográfica, a urgência do quadro de saúde do apelante autoriza o procedimento em Hospital fora da área de abrangência geográfica prevista no contrato firmado entre as partes. A mera recusa da operadora do plano de saúde de cobrir determinado tratamento, decorrente de interpretação contratual, não configura ato ilícito passível de indenização.*

(TJ-MG - AC: 10313140200046001 MG, Relator: Alberto Diniz Junior, Data de Julgamento: 22/02/2017, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/02/2017) (grifo nosso).

*APELAÇÃO CÍVEL - CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CONTRATO ANTERIOR À LEI 9.656/98 -COLOCAÇÃO DE STENT - NEGATIVA - ABUSIVIDADE. **O Superior Tribunal de Justiça já se posicionou no sentido de que, embora a Lei n. 9656/98 não retroaja aos contratos celebrados antes de sua vigência, é possível aferir, nestas avenças, a abusividade de cláusulas à luz dos ditames da legislação consumerista.** O consumidor contrata serviço de prestação de assistência médica e hospitalar visando obter assistência integral, sem restrições, devendo estas ser claras, expressas e excepcionais. O stent não se confunde com prótese ou órtese, já que não se presta a substituir a artéria coronariana, mas apenas viabilizar o fluxo sanguíneo nela, dilatando-a. A recusa de cobertura de material necessário à realização do ato cirúrgico ou ao tratamento do paciente se afigura manifestamente abusiva.*

(TJ-MG - AC: 10344130035837001 MG, Relator: Mônica Libânio, Data de Julgamento: 22/09/2016, Câmaras Cíveis / 15ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 30/09/2016) (grifo nosso).

Neste mesmo sentido esclarece o magistério da doutrinadora Cláudia Lima Marques³:

*“Apesar de a Lei 6.656/98 nominar os antigos contratos de seguro-saúde como planos privados de assistência à saúde, indiscutível que tanto os antigos contratos de seguro-saúde, os atuais planos de saúde, como os – também comuns – contrato de assistência médica possuem características e, sobretudo, uma finalidade em comum: o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde do consumidor e de sua família ou dependentes. Afirme-se, assim, com o eminente professor e Ministro Carlos Alberto Menezes Direito: **“Dúvida não pode haver quanto à aplicação do Código de Defesa do Consumidor sobre os serviços prestados pelas empresas de medicina de grupo, de prestação especializada em seguro-saúde. A forma jurídica que pode revestir esta categoria de serviço ao consumidor, portanto, não desqualifica a incidência do Código do Consumidor. O reconhecimento da aplicação do Código do Consumidor implica subordinar os contratos aos direitos básicos do consumidor, previstos no art. 6º do Código”** (grifo nosso).*

Portanto, a partir do momento que o consumidor contrata um plano de saúde, deposita-se no vínculo contratual estabelecido a legítima expectativa de que alcançará os fins que dele se espera, ou seja, a tutela da vida e da saúde, sendo certo que a interpretação das cláusulas do instrumento celebrado devem ser sempre interpretadas à luz do Código de Defesa do Consumidor.

III.5 – DA NECESSÁRIA APLICAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO

Em atenção à situação da beneficiária Sra. XXXX, verifica-se que ela atualmente, além de estar acometida com gravíssimos

³ **Marques**, Claudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor. O novo regime das relações contratuais. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2011. 1433 p.

problemas de saúde, conta com 90 anos de idade, fato que atrai irremediavelmente, a proteção especial do Estatuto do Idoso, que, neste sentido, dispõe:

“Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda.

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – prática de esportes e de diversões;

V – participação na vida familiar e comunitária;

VI – participação na vida política, na forma da lei;

VII – faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

§ 2^o O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

§ 3^o É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Ademais, destaca-se que a Súmula Normativa nº 19/2011 da ANS prevê expressamente que a Operadora que dificultar o acesso dos beneficiários à prestação dos serviços de saúde em razão da idade incorrerá em infração administrativa prevista no art. 62 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006. Senão vejamos.

Considerando que em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde, nos termos do art. 14 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998; e Considerando que o impedimento ou restrição à participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde consiste em infração à legislação dos planos privados de assistência à saúde, prevista no art. 62 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 - A comercialização de planos privados de assistência à saúde por parte das operadoras, tanto na venda direta, quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores;

2 - Os locais de comercialização ou venda de planos privados de assistência à saúde por terceiros devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores (ou beneficiários) que desejem aderir, sem qualquer tipo de restrição em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência; e

3 - A prática de ato em desacordo ao presente entendimento vinculativo caracteriza infração ao disposto no art. 62 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006.

Dessa forma, conclui-se que a aquisição, o acesso e a fruição dos serviços disponibilizados pelos planos de saúde não podem ser dificultados ou impedidos em razão da idade ou condição de saúde do consumidor, sob pena de grave violação a todo o arcabouço legislativo brasileiro.

III.6 – DA BOA-FÉ CONTRATUAL

À luz do Código de Defesa do Consumidor, constata-se que a conduta da ré fere os postulados da Confiança e da Boa-fé Contratual, posto que o consumidor, a partir do momento da contratação de determinado serviço, deposita no vínculo contratual estabelecido a legítima expectativa de que alcançará os fins que dele se espera, ou seja, quem contrata um plano de saúde tem a confiança de que, em caso de necessidade, terá os recursos e cobertura necessários para a realização do tratamento.

Neste diapasão, o comportamento da Operadora de Saúde contratada frustra as expectativas do consumidor, desrespeitando o Princípio da Boa-fé devendo, portanto, ser considerado abusivo e firmemente rechaçado, em homenagem aos direitos básicos do consumidor, previstos no artigo 6º do mencionado diploma legal:

“Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;

VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;

VII - o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção Jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

IX - (Vetado);

X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.”

Desta forma, por qualquer ângulo que se analise a presente demanda, verifica-se que a ré, ao negar cobertura à idosa no momento em que ela mais necessita de assistência a sua saúde, fere integralmente a Confiança e a Boa-fé da beneficiária e também de seus familiares que depositaram, ao longo de toda a relação contratual estabelecida, a confiança na operadora, sem deixarem, em nenhum momento, de cumprir com suas obrigações financeiras, qual seja, o pagamento do plano de saúde.

IV – DO PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA ANTECIPADA

Conforme exposto acima, a Sra. Terezinha de Jesus Chaves é beneficiária de plano de saúde mantido pela Operadora Unimed BH e possui diagnóstico de Estenose Aórtica e diante do seu gravíssimo estado de saúde depende da realização do procedimento cirúrgico Implante Percutâneo de Válvula Aórtica – TAVI para a sua sobrevivência.

Contudo, ao solicitar, com urgência, a realização do procedimento em questão, foi a idosa surpreendida com a indevida negativa de cobertura pela operadora, fato que, além de desestabilizar seu estado emocional com risco de agravamento do quadro geral, provocando o adiamento da cirurgia, o que contribui sobremaneira para a piora diária de sua saúde, que vem se deteriorando progressivamente, ante a ausência do tratamento adequado, qual seja, o procedimento TAVI.

Assim, considerando-se que a cirurgia mostra-se, no atual momento, como a única alternativa para a melhoria da saúde da idosa, revela-se imperiosa a tempestiva atuação da Justiça, objetivando assegurar à beneficiária em questão o devido acesso ao serviço de saúde adequado, sendo certo que a prestação jurisdicional tardia não é Justiça, mas “injustiça manifesta”.

Indiscutivelmente, a demora fisiológica do processo é suficiente para que, ao final do longo *iter* processual, ainda que seja julgado procedente o pedido, o mesmo não tenha qualquer utilidade prática, a caracterizar, assim, verdadeira denegação do acesso à Justiça, com prejuízo do disposto no art. 5º, XXXV, da CR/88, caracterizando-se o *periculum in mora*, previsto no art. 300, *caput*, do CPC/2015, a justificar o deferimento da medida jurisdicional imediatamente, assegurando-se os interesses da Sra. XXX, conforme amplamente demonstrado nos relatórios médicos em anexo.

De outro lado, a probabilidade do direito (*fumus boni iuris*) está consubstanciada no art. 300, *caput*, CPC/2015 e artigo 10 da Lei nº 9656/98, bem como pelos documentos acostados à presente inicial, sendo inquestionável o direito da beneficiária à realização do procedimento por meio da operadora de plano de saúde Unimed.

Ademais, não há perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão de natureza antecipada (art. 300, § 3º, CPC/2015), mas, ao contrário, existe irreversibilidade da condição de saúde da beneficiária, caso a operadora de plano de saúde continue se recusando a autorizar a realização do procedimento, fato que poderá leva-lá à morte!

Em conclusão, pugna o Ministério Público pela tutela de urgência antecipada, determinando-se à operadora de plano de saúde Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico que autorize, imediatamente, a realização da cirurgia de Implante Percutâneo de Válvula Aórtica – TAVI, sob as penas da lei.

V – PEDIDOS

Ante o exposto, requer o Ministério Público, após a autuação desta petição:

- a) O deferimento do **pedido de tutela de urgência de natureza antecipada**, sem oitiva prévia da parte contrária, intimando-se o requerido **UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** para que autorize, **no prazo de 24 horas**, a internação hospitalar e consequente realização do procedimento cirúrgico de Implante Percutâneo de Válvula Aórtica – TAVI, sob pena de aplicação do artigo 536, §3º CPC no que diz respeito à litigância de má-fé por eventual descumprimento;
- b) A citação do requerido, por meio de seus representantes legais;
- c) Seja, ao final, confirmada a liminar, condenando-se o requerido **UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** para que autorize, **no prazo de 24 horas**, a internação hospitalar e consequente realização do procedimento cirúrgico de Implante Percutâneo de Válvula Aórtica – TAVI, sob pena de aplicação do artigo 536, §3º CPC no que diz respeito à litigância de má-fé por eventual descumprimento.

O Ministério Público pugna pela produção de todos os meios de prova em direito admitidos.

Consigna-se que o Relatório Médico para Judicialização do Acesso à Saúde, aprovado pelo Comitê Executivo Estadual de Saúde de Minas Gerais, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do CNJ, será juntado aos autos assim que for preenchido pelo médico responsável, uma vez que a urgência da tutela antecipada desaconselha o aguardo de tal providência.

Dá-se à causa o valor de R\$ 82.000,000 (oitenta e dois

mil reais), relativo ao custo médio do procedimento TAVI⁴.

Belo Horizonte, 30 de maio de 2019.

Andréa de Figueiredo Soares
Promotora de Justiça de Defesa do Consumidor

⁴ Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100446&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 29 maio 2019.