



COMUNICADO

Considerando que a cirurgia de catarata tem por objetivo substituir o cristalino opaco por uma prótese (facectomia com implante de lente intraocular com ou sem facoemulsificação), integrando o Rol de Procedimentos e Eventos Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos de saúde assumem a responsabilidade do abono para a aquisição de uma lente intraocular monofocal esférica, devidamente registrada na ANVISA. Esta cobertura não se estende para a utilização de lentes intraoculares de características especiais (tóricas, bifocais, acomodativas e asféricas), que possam trazer correção para outras alterações visuais (astigmatismo, presbiopia e etc) não corrigidas com lentes intraoculares monofocais esféricas. Neste caso, a diferença dos valores entre as lentes intraoculares esféricas abonadas pelas operadoras de saúde e aquelas de características especiais, caberá ao paciente.

A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar, para dirimir dúvidas sobre a não obrigatoriedade de concessão de lentes especiais para tratamento de CATARATA, caso dos autos, emitiu o Parecer Técnico nº 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2016, assim disciplinando a questão:

“Existe uma gama de variedades e características de lentes registradas (tóricas/fácicas/dobráveis/mono-bi-multifocal, etc). Sendo assim, as lentes intraoculares (LIO), quando utilizadas no tratamento de catarata, possuem cobertura obrigatória pelos “planos novos” e pelos “planos antigos” adaptados, desde que estejam regularizadas e registradas, e suas indicações constem da bula/manual junto à Anvisa, **respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso** ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e seus prestadores de serviços de saúde, bem como **as segmentações contratadas**.”

Cabe destacar que, o tratamento estrito do astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbiopia e ceratocone, por meio de implante de lentes intraoculares não constam no Rol vigente, portanto não possuem cobertura obrigatória”.

No estatuto da CAMPE consta expressamente cobertura ao procedimento cirúrgico para correção de catarata com utilização de lente nacional ou outra de valor até R\$ 5.000,00 (atualmente), até porque previsto no Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde da ANS.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO

Porém, no caso do associado optar pela utilização de lente importada, deverá arcar com coparticipação, vez que a cobertura do material é limitada a R\$ 5.000,00 ou lente nacional.

Neste particular, vejamos o que diz o estatuto:

"Art. 6º: *Constituem receitas da CAMPE:*

...

b) valores relativos em procedimentos pagos pelos associados, de acordo à co-participação com as coberturas estabelecidas em regulamentos específicos;

Art. 36. A CAMPE tem por objetivo assegurar aos seus associados e respectivos dependentes e agregados, assistência à saúde, junto aos estabelecimentos e profissionais credenciados à CAMPE, no Estado de Pernambuco, e em outros estados da federação, mediante convênios, ou reembolso de despesas, na forma do presente estatuto e de conformidade com a lei nº 9656 de 03/06/98 e legislação complementar.

§1º -*Excluem-se da assistência prevista neste artigo todos os procedimentos não incluídos no rol da ANS, tais como:*

...

i) tratamentos e serviços não constantes no rol de procedimentos e eventos em saúde definidos pela legislação vigente;

§ 5º -Para as cirurgias de catarata, será concedida apenas lente nacional no valor de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), a ser reajustado anualmente pela Diretoria da CAMPE, ficando a diferença de valor a cargo do associado quando este optar pela utilização de lente importada, mesmo que esta sirva para corrigir outras alterações visuais (astigmatismo, presbiopia e etc...) não corrigidas com lente nacional."

Importante realçar que a restrição para concessão do material importado para cirurgia de catarata, além de estar prevista no nosso Estatuto, por se tratar de plano de saúde na modalidade autogestão tem respaldo jurisprudencial do STJ (REsp 1121067 PR/2009/0018858 e REsp 1285483-PB/2011/0239595-2).

E no que diz respeito à validade da cláusula de coparticipação, o STJ firmou os seguintes entendimentos:



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO

“EMENTA:RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA DE CATARATA. LENTE INTRAOCULAR. COPARTICIPAÇÃO. VALIDADE. PRETENSÃO DE FORNECIMENTO SEM CUSTO. DESCABIMENTO. INEXISTÊNCIA DE RECUSA DE COBERTURA. DISTINÇÃO COM RECUSA DE REEMBOLSO. DANO MORAL INOCORRÊNCIA. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.” (REsp 1.668.397/RS, Min Sanseverino, DJ. 19.020.2019).

“EMENTA:RECURSO ESPECIAL (CPC/2015). CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA DE CATARATA. IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR. PEDIDO DE REEMBOLSO DE DESPESAS. PRESCRIÇÃO QUINQUENAL DO ART. 27 DO CDC. INAPLICABILIDADE. CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO EM 50%. VALIDADE. PRECEDENTES. RECURSO ESPECIAL PROVIDO, EM PARTE (REsp 1.668.397/RS)”

“DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. COBRANÇA DE COPARTICIPAÇÃO. FATOR MODERADOR. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS CIRÚRGICOS. POSSIBILIDADE. CRITÉRIOS. OBSERVÂNCIA NECESSÁRIA.

1. Ação ajuizada em 21/09/15. Recursos especiais conclusos ao gabinete em 25/05/17. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal consiste em definir a legalidade ou abusividade de cláusula contratual de plano de saúde coletivo que estabelece a cobrança de coparticipação do usuário para órteses, próteses e materiais especiais indispensáveis a procedimento cirúrgico, inclusive em relação a marca específica de produto prescrito por profissional habilitado.

3. A Lei 9.656/98 estabeleceu exigências para a celebração de contratos de plano de saúde, determinando que em suas cláusulas sejam indicados, com clareza, a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica (art. 16, VIII).

4. Por meio da Resolução CONSU 8/98, foi estabelecido que as operadoras de planos privados somente poderão utilizar mecanismos de regulação financeira (franquia e coparticipação) que não impliquem o desvirtuamento da livre escolha do segurado.

5. A declaração de abusividade/validade da cláusula contratual de coparticipação dependerá da análise das circunstâncias concretas da avença, a depender da expressa e clara previsão no contrato, se o financiamento do procedimento por parte do usuário é parcial ou integral, se seu pagamento implica severa restrição ao acesso aos serviços.



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO

6. A operadora está obrigada ao fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios ligados ao ato cirúrgico (art. 10, VII, da Lei 9.656/98). Todavia, esta obrigação de fornecimento não implica dizer que o respectivo pagamento seja suportado exclusivamente pela operadora, pois é da própria essência da coparticipação servir como fator moderador na utilização dos serviços de assistência médica e hospitalar.

7. A conduta da operadora, na hipótese dos autos, de cobrar 20% dos materiais cirúrgicos tem respaldo no art. 16, VII, da LPS e não implica em restrição exagerada ao consumidor.

8. Em relação à válvula utilizada no procedimento hospitalar, o acórdão recorrido registrou que apesar da disponibilização do produto de menor custo pela operadora, o médico-assistente e a usuária escolheram uma marca específica, de custo elevado. Assim, deve a usuária arcar com o valor adicional decorrente de sua opção, pois a prudência figura como importante instrumento de regulação do seu comportamento.

9. Recurso especial da operadora de plano de saúde conhecido e provido. Recurso especial da usuária prejudicado. (REsp nº 1.617.827 -RS, Re. Min Nancy Andrigui, 3ª Turma, j. 18/03/2018)

E o entendimento jurisprudencial do STJ está fundamentado na Lei Federal nº 9656/98, em seu artigo 16, VIII, que estabeleceu que a cláusula que prevê a coparticipação tem plena validade legalidade, *in verbis*:

“Art. 16:...

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;”

Ainda, o Tribunal da Cidadania tem reiteradamente afirmado que não há prevalência absoluta da prescrição médica em detrimento das previsões da ANS e dos planos de autogestão:

EMENTA: PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (*OVERRULING*). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE VISANDO HARMONIZAR OS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO

JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO ESTABELECIDADA PELA AGÊNCIA. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE.

1.A Lei n. 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. O art. 4º, III e XXXVII, atribui competência à Agência para elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656/1998, além de suas excepcionalidades, zelando pela qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar.

2.Com efeito, por clara opção do legislador, é que se extrai do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000, a atribuição dessa Autarquia de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Em vista dessa incumbência legal, o art. 2º da Resolução Normativa n. 439/2018 da ANS, que atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo *caput* do art. 10 da Lei n. 9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde.

3.A elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, apresenta diretrizes técnicas relevantes, de inegável e peculiar complexidade, como: utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS; observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE; e resguardo da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

4.O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, em revisitação ao exame detido e aprofundado do tema, conclui-se que é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas. Esse raciocínio tem o condão de encarecer e efetivamente padronizar os planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO

básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas.

5. Quanto à invocação do diploma consumerista pela autora desde a exordial, é de se observar que as técnicas de interpretação do Código de Defesa do Consumidor devem reverência ao princípio da especialidade e ao disposto no art. 4º daquele diploma, que orienta, por imposição do próprio Código, que todas as suas disposições estejam voltadas teleologicamente e finalisticamente para a consecução da harmonia e do equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores.

6. O rol da ANS é solução concebida pelo legislador para harmonização da relação contratual, elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico. A uníssona doutrina especializada alerta para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar. A disciplina contratual exige uma adequada divisão de ônus e benefícios dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso tem de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto à identificação de deveres específicos do fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente.

7. No caso, a operadora do plano de saúde está amparada pela excludente de responsabilidade civil do exercício regular de direito, consoante disposto no art. 188, I, do CC. É incontroverso, constante da própria causa de pedir, que a ré ofereceu prontamente o procedimento de vertebroplastia, inserido do rol da ANS, não havendo falar em condenação por danos morais.

8. Recurso especial não provido.”

REsp nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5)

“PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO EXEMPLIFICATIVO. IMPOSSIBILIDADE. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE.

1. Consoante entendimento perfilhado por este Colegiado, por clara opção do legislador se extrai do art. 10, § 4º, da Lei n.9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei n.9.961/2000, a atribuição da ANS de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Em vista dessa incumbência legal, o art.2º da Resolução Normativa n.439/2018 da Autarquia, que



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS MAGISTRADOS DE PERNAMBUCO

atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo caput do art. 10 da Lei n. 9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde" (REsp 1733013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/02/2020).

2. Nesse precedente, salientou-se não ser correto afirmar ser abusiva a exclusão do custeio dos meios e dos materiais necessários ao tratamento indicado pelo médico assistente que não estejam no rol da ANS ou no conteúdo contratual, diante dos seguintes dispositivos legais da lei de regência da saúde suplementar (Lei n. 9.656/1998):

a) art. 10, § 4º, que prescreve a instituição do plano-referência, "respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12", com "amplitude das coberturas" "definida por normas editadas pela ANS";

b) art. 12, que estabelece serem facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º dessa Lei, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência mencionado no art. 10; c) art. 16, VI, o qual determina que dos contratos, dos regulamentos ou das condições gerais dos produtos de que cuidam o inciso I e o § 1º do art. 1º dessa Lei devem constar os eventos cobertos e os excluídos.

3. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp 1852728/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/05/2020, DJe 21/05/2020)

Pelo exposto, fica deferida a concessão de lente monofocal esférica, material utilizado para realização de cirurgia de catarata, ou outra no valor de até R\$ 5.000,00 para cada olho.

Dê-se ciência aos associados.

Recife, 1 de março de 2021.

Arnóbio Amorim Araújo Júnior
Diretor Administrativo