Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
16
Carimbado Eletronicamente

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DÉCIMA TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

Apelação Cível nº **0824104-86.2022.8.19.0021**
Apelante: **UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**
Apelado: **ROMERIO TADEU AVELINO DOS SANTOS**

RELATORA: DESEMBARGADORA TERESA DE ANDRADE

ACÓRDÃO

DIREITO DO CONSUMIDOR E DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO. AUSÊNCIA DE REQUISITOS REGULATÓRIOS. IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. RECURSO PROVIDO.

I. CASO EM EXAME: 1. Recurso interposto por operadora de plano de saúde contra sentença que a condenara a custear procedimento de rizotomia percutânea por segmento – qualquer método, indicado ao autor em razão de dores lombares crônicas. 2. A operadora negara a cobertura sob fundamento de não preenchimento dos requisitos previstos na Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS, que estabelece diretrizes de utilização específicas para o referido procedimento.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO: 1. Há duas questões em discussão: (i) definir se o procedimento de rizotomia percutânea, prescrito ao autor, enquadra-se nas hipóteses de cobertura obrigatória previstas no rol da ANS e em suas diretrizes de utilização; e (ii) estabelecer se é possível impor ao plano de saúde o custeio de tratamento não contemplado no rol da ANS, à luz da jurisprudência do STJ sobre a natureza taxativa do rol e suas exceções.

III. RAZÕES DE DECIDIR: 1. O Superior Tribunal de Justiça, ao julgar o REsp 1.979.069/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, firmou entendimento de que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS possui natureza taxativa, sendo obrigatória a cobertura apenas

TERESA DE ANDRADE CASTRO NEVES:14583 Assinado em 27/11/2025 17:56:08
Local: GAB. DES(A). TERESA DE ANDRADE CASTRO NEVES

dos tratamentos nele previstos, ressalvadas hipóteses excepcionais devidamente comprovadas. 2. As diretrizes de utilização (DUTs) da ANS para o procedimento de rizotomia percutânea exigem o preenchimento cumulativo dos critérios do Grupo I (limitação das atividades da vida diária por mais de seis semanas, redução superior a 50% da dor após infiltração facetária e falha em tratamento conservador) e a ausência de qualquer critério do Grupo II (cirurgia espinhal prévia, hérnia discal no segmento ou sinais de estenose/instabilidade cirúrgica). 3. No caso concreto, embora o autor tenha preenchido os critérios positivos exigidos, comprovou também a existência de cirurgia espinhal prévia no mesmo segmento, configurando critério impeditivo, o que exclui a obrigatoriedade de cobertura pela operadora. 4. O laudo médico apresentado, conquanto recomende o procedimento, não demonstra de forma técnica e fundamentada a inexistência de alternativas terapêuticas eficazes ou a imprescindibilidade da rizotomia percutânea como única opção viável, não se caracterizando, portanto, hipótese excepcional de cobertura fora do rol.
IV. DISPOSITIVO E TESE: 1. Recurso provido.
Tese de julgamento: O custeio de procedimento não incluído no rol somente é possível em caráter excepcional, mediante comprovação técnica de inexistência de alternativa terapêutica eficaz e recomendação de órgãos técnicos competentes.
Dispositivos relevantes citados: CDC, arts. 2º, 3º, § 2º e 14; Lei nº 9.656/1998; Resolução Normativa ANS nº 465/2021.
Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp nº 1.979.069/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, 2ª Seção, j. 08.06.2022.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível 0824104-86.2022.8.19.0021 em que é Apelante UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS e é Apelado ROMERIO TADEU AVELINO DOS SANTOS.

Acordam, por unanimidade, os Desembargadores da Décima Terceira Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
18
Carimbado Eletronicamente

no sentido de conhecer e **DAR PROVIMENTO** ao recurso, nos termos do voto da Relatora.

RELATÓRIO

Cuida-se de ação proposta por ROMERIO TADEU AVELINO DOS SANTOS em face de UNIMED alegando, em síntese, que é beneficiário do plano de saúde administrado pela ré. Aponta que teve negado o procedimento médico necessário ao seu tratamento, sob a justificativa de que este não atenderia às diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sustenta que a negativa prejudicou o restabelecimento de sua saúde, configurando-se conduta abusiva por parte da operadora de saúde. Requer, em caráter liminar, a autorização, custeio e realização do procedimento de rizotomia percutânea por segmento – qualquer método, nos moldes prescritos por seu médico assistente, bem como a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais.

Contestação apresentada tempestivamente no indexador 31773805.

A sentença (indexador 203801174) julgou procedente o pedido para converter a tutela antecipada em definitiva e para condenar a ré a pagar a parte autora o valor de R$ 10.000,00 devidamente atualizado a partir do efetivo desembolso. Custas e honorários pela ré, fixados em 10% do valor da condenação.

Inconformada, a ré interpôs recurso de apelação (indexador 212572670) alegando, em síntese, que o réu não preenche os requisitos previstos na Resolução Normativa 465/21 da ANS para a autorização do procedimento requerido. Aponta que, segundo a ANS, os critérios para a cobertura da rizotomia percutânea são: a limitação das atividades da vida diária por pelo menos seis semanas, redução da dor referida após infiltração facetária e falha no tratamento conservador adequado. Ressalta que não foram preenchidos os

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

critérios exigidos, sequer sendo apresentados quaisquer dos tratamentos ordinários que tenha sido realizado para tratamento de dores crónicas. Alega, nesse sentido, que o tratamento não possui cobertura obrigatória de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS. Assevera que a negativa se deu em consonância com as cláusulas contratuais firmadas entre as partes. Argumenta que o valor fixado para os danos morais se mostra exorbitante, devendo ser reduzido para se adequar aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

Contrarrazões apresentadas no indexador 216233778.

É o relatório. Decido.

VOTO

O recurso interposto é tempestivo e guarda os demais requisitos de admissibilidade, devendo ser conhecido.

Inicialmente, cabe destacar que se trata de relação de consumo, enquadrando-se a Ré no conceito legal de fornecedor de serviços e o Autor a posição de consumidor parte fraca e vulnerável dessa relação jurídica, como determinam os arts. 3º, § 2º e art. 2º, caput, ambos do C.D.C. Dessa forma, indispensável à aplicação do Código de Defesa do Consumidor, suas normas e princípios norteadores.

As regras do referido diploma legal visam à equiparação entre consumidor e prestador de serviço, pois a parte Autora não tendo conhecimentos técnicos de direito para analisar o contrato, nem de medicina, bem como, não tendo poder financeiro de alterar as cláusulas contratuais preestabelecidas pela Ré, se enquadrando na hipótese do artigo 2º c.c artigo 4º, I do Código de Defesa do Consumidor. A Ré também se enquadra na posição de prestadora de serviço, garantindo a assistência médica, através de plano de saúde, tendo como finalidade assegurar o tratamento de seus associados, se enquadrando, portanto, na hipótese do artigo 3º, § 2º do Código

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

de Defesa do Consumidor, sujeita a suas regras, mesmo após a edição da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

Diante de tal dever, decorre-se a responsabilidade objetiva, pois, *in casu*, tratando-se induvidosamente de relação de consumo, na hipótese defeito na prestação de um serviço deverá o fornecedor, aqui considerada a operadora de plano de saúde, responder pelos fatos e vícios decorrentes da atividade exercida independentemente de culpa, em aplicação da teoria do risco do empreendimento.

Por outro lado, somente se desobrigará de reparar os danos causados ao consumidor se comprovar que, tendo regularmente prestado o serviço, a falha é inexistente ou o fato é exclusivo do consumidor ou de terceiros.

Tecidas as considerações acima, passa-se as razões de fundo.

Pois bem. Alega o autor que atualmente vem sofrendo de grave dor lombar e radicular intensa, sem resposta satisfatória ao tratamento medicamentoso e fisioterápico.

Segundo consta do laudo médico juntado aos autos, o autor apresenta histórico de dor lombar e radicular de forte intensidade. Ressalte-se que o paciente já foi submetido a dois procedimentos cirúrgicos na coluna lombar. O primeiro, realizado no ano de 2000, consistiu em microdiscectomia, enquanto o segundo, efetuado em 2009, tratou-se de implante de espaçador interespinhoso.

Em razão da persistência do quadro clínico, foi indicada pelo seu médico uma nova abordagem terapêutica por meio de bloqueio peridural com corticoide e de bloqueio das facetas lombares, procedimentos executados através de RIZOTOMIA PERCUTÂNEA POR SEGMENTO – QUALQUER MÉTODO – procedimento cuja cobertura foi negada pela ré.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

A ré, por sua vez, alega que o que o réu não preenche os requisitos previstos na Resolução Normativa 465/21 da ANS para a autorização do procedimento requerido. Aponta que, segundo a ANS, os critérios para a cobertura da rizotomia percutânea são: a limitação das atividades da vida diária por pelo menos seis semanas, redução da dor referida após infiltração facetária e falha no tratamento conservador adequado.

Sobre o assunto, decidiu o e. Superior Tribunal de Justiça, quando do julgamento do REsp 1979069 / SP de Relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão, que o Rol de procedimentos e eventos em saúde elaborado pela ANS tem natureza taxativa, obrigando as operadoras à cobertura apenas daquilo que consta na lista.

Com efeito, argumentou-se que 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. Nessa perspectiva, não caberia ao Judiciário se substituir ao legislador, violando a tripartição de poderes e suprimindo a atribuição legal da ANS ou mesmo efetuando juízos morais e éticos.

Por outro lado, a Corte admitiu possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista de forma excepcional. Para isso, é necessário a comprovação de que não existe, para o tratamento do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol.

Assim, em situações excepcionais, poderia haver a cobertura de procedimentos não previstos na lista, a exemplo de terapias com recomendação médica, desde que não tenha substituto terapêutico no rol, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor.

Nesse sentido, não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) **não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar**; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; e (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros.

No caso em análise, entendo que houve a exclusão expressa da ANS para a cobertura do procedimento em determinadas situações.

Vejamos.

Segundo a Diretriz de Utilização da ANS (indexador 29118756) a cobertura do procedimento é "obrigatória para pacientes com dor facetária (lombalgia, dorsalgia ou cervicalgia), quando forem preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II". Destaco:

> **Grupo I: critérios que devem ser todos preenchidos**
>
> a. limitação das Atividades da Vida Diária (AVDs) por pelo menos seis semanas;
>
> b. redução >50% da dor referida medida pela VAS após infiltração facetária utilizando anestésico local;
>
> c. falha no tratamento conservador adequado.
>
> **Grupo II: critérios que devem estar ausentes**
>
> a. cirurgia espinhal prévia no segmento analisado;
>
> b. hérnia discal no segmento analisado;
>
> c. sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicas.

Na hipótese, em que pese ter demonstrado a presença de requisitos do "Grupo I", o autor igualmente preenche critério impeditivo do "Grupo II" (cirurgia espinhal prévia no segmento). A diretriz é clara ao afirmar que a presença de qualquer critério do Grupo II exclui a obrigatoriedade de cobertura. Além disso,

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

o autor não se enquadra nas demais hipóteses alternativas de cobertura obrigatória.

O laudo médico apresentado, por sua vez, não traz justificativa técnica ou fundamentação clínica detalhada capaz de caracterizar a excepcionalidade do quadro do autor que pudesse afastar a aplicação da diretriz e impor a cobertura obrigatória, mesmo diante da existência de cirurgia espinhal prévia.

Destaque-se, nesse ponto, que a ausência de obrigatoriedade de cobertura por parte do plano de saúde não implica o reconhecimento de que o tratamento indicado seja inadequado ou indevido ao caso clínico do paciente, mas apenas que a operadora não pode ser compelida a custeá-lo, tendo em vista a limitação contratual e regulatória.

Conclui-se que há posição expressa da ANS acerca da exclusão da cobertura no caso em que se enquadra o autor.

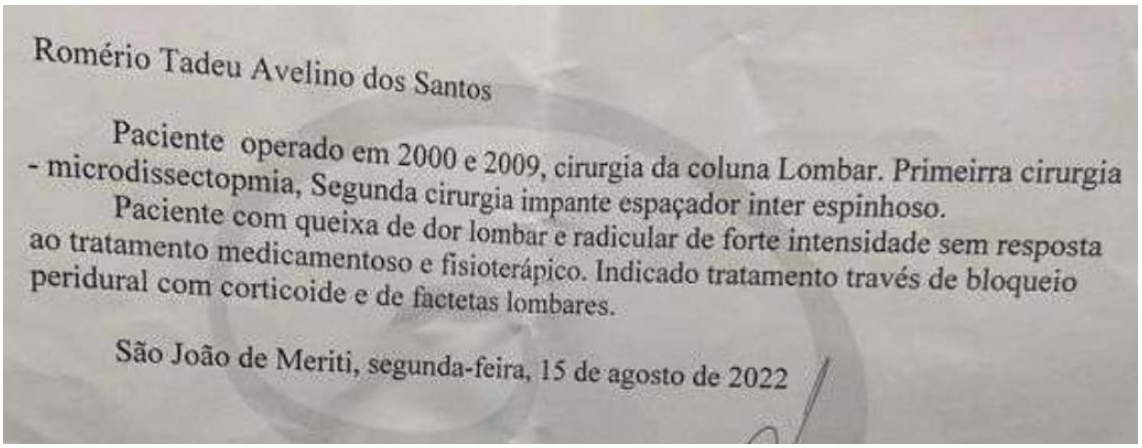
Importa mencionar que se reconhece que o critério que deve nortear o procedimento adequado a ser empregado é o critério médico, competindo ao profissional especialista determinar a terapêutica mais apropriada ao caso concreto. Cabe ao médico assistente, que acompanha o paciente, avaliar os riscos, benefícios e alternativas disponíveis, sendo indevida a interferência da operadora de plano de saúde nessa esfera técnico-científica.

Contudo, também é certo que, nos casos em que há exclusão expressa pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do rol de procedimentos de cobertura obrigatória, não se pode compelir o plano de saúde a custear tratamento não contemplado. O rol da ANS, embora seja referência mínima, delimita a extensão da obrigação da operadora, de modo que a imposição de cobertura fora desses parâmetros deve estar amparada em demonstração inequívoca de necessidade e ausência de alternativas terapêuticas eficazes.

No caso concreto, ainda que o autor tenha comprovado a realização de outros tratamentos anteriores, observa-se que o laudo médico juntado aos

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

autos apenas indica o procedimento em questão como indicado para o quadro apresentado, sem, contudo, justificar de forma técnica e fundamentada a inexistência de outras opções de tratamento ou a superioridade da terapêutica prescrita em relação às demais. Limita-se a descrever o histórico de dor e os procedimentos anteriores, sem demonstrar, de forma técnica e individualizada, a necessidade imprescindível do procedimento em questão como única alternativa terapêutica possível.



Romério Tadeu Avelino dos Santos

Paciente operado em 2000 e 2009, cirurgia da coluna Lombar. Primeirra cirurgia - microdissectopmia, Segunda cirurgia impante espaçador inter espinhoso.
Paciente com queixa de dor lombar e radicular de forte intensidade sem resposta ao tratamento medicamentoso e fisioterápico. Indicado tratamento través de bloqueio peridural com corticoide e de factetas lombares.

São João de Meriti, segunda-feira, 15 de agosto de 2022

Assim, o documento apresentado não se mostra suficiente para evidenciar que o procedimento requerido constitui a única ou a mais eficaz forma de tratamento da moléstia que acomete o autor, não sendo possível, portanto, impor à operadora a cobertura pretendida.

Não merece acolhimento, portanto, os pedidos formulados pelo autor, devendo ser reformada a sentença prolatada.

Diante do exposto, voto no sentindo de conhecer e **DAR PROVIMENTO** ao recurso, reformando a sentença para julgar improcedentes os pedidos iniciais. Inverto o ônus sucumbencial fixado, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, os quais fixo em 10% do valor da causa, observada a gratuidade de justiça.

Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2025.

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Página
25
Carimbado Eletronicamente

TERESA DE ANDRADE CASTRO NEVES
DESEMBARGADORA RELATORA

ASSINADO DIGITALMENTE PJERJ