

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DÉCIMA SEGUNDA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO**

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0800221-38.2025.8.19.0011

APELANTE: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S A

APELADA: RENATA MILLEM SILVEIRA

RELATOR: DESEMBARGADOR CLEBER GHELFENSTEIN

DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. A PARTE AUTORA É PORTADORA DE MIASTENIA GRAVIS GENERALIZADA (MGFA IIB). NECESSIDADE DE TRATAMENTO COM INFUSÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA A 5%, NO TOTAL DE 136 G, DISTRIBUÍDOS EM 27 FRASCOS, A SEREM ADMINISTRADOS EM 5 DIAS, EM REGIME AMBULATORIAL, CONFORME LAUDO MÉDICO. NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. APELO DA PARTE RÉ REQUERENDO A REFORMA DA SENTENÇA COM A IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. RESTOU DEMONSTRADO PELO LAUDO MÉDICO ACOSTADO AOS AUTOS QUE O TRATAMENTO SOLICITADO É ESSENCIAL À PRESERVAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE DA PARTE AUTORA, DIREITOS QUE SE FUNDAMENTAM NA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. CONSOANTE A JURISPRUDÊNCIA DO C. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, “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” TRATA-SE, INCLUSIVE, DE ENTENDIMENTO DA SUMULA 340 DESTA CORTE DE JUSTIÇA “AINDA QUE ADMITIDA A POSSIBILIDADE DE O CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE CONTER CLÁUSULAS LIMITATIVAS DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR, REVELA-SE ABUSIVA A QUE EXCLUI O CUSTEIO DOS MEIOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS AO MELHOR DESEMPENHO DO TRATAMENTO DA DOENÇA COBERTA PELO PLANO”. É LEGÍTIMA A EXPECTATIVA DO BENEFICIÁRIO DE TER A SUA SAÚDE RESTABELECIDADA DE FORMA MENOS GRAVOSA E MAIS EFICAZ POSSÍVEL, ALÉM DE ATENDER À PRÓPRIA NATUREZA DO CONTRATO EM TELA QUE, NO CASO, É A SAÚDE CUJA ATUAL

DEFINIÇÃO DADA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) É "SITUAÇÃO DE PERFEITO BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL". FOI EDITADA A LEI Nº. 14.454/2022, QUE ALTEROU A LEI Nº. 9.656/98 EXATAMENTE PARA ENFRENTAR A DISCUSSÃO DO ROL TAXATIVO DA ANS, SENDO DETERMINADA A OBRIGAÇÃO DE COBERTURA DE MEDIDA NÃO PREVISTA NO ROL DESDE QUE PRESCRITA PELO MÉDICO ASSISTENTE, E QUE EXISTA COMPROVAÇÃO DE EFICÁCIA OU RECOMENDAÇÃO DE ÓRGÃO DE RENOME INTERNACIONAL. NESSE CONTEXTO, HÁ PERMISSIVO LEGAL PARA QUE SE EXCEPCIONE O ROL DA ANS SEMPRE QUE COMPROVADA CIENTIFICAMENTE A EFICÁCIA DO TRATAMENTO PRESCRITO. CONCLUI-SE QUE, SOB PENA DE DESNATURAR OS OBJETIVOS INERENTES À PRÓPRIA NATUREZA DO CONTRATO, QUANDO PRESENTES OS REQUISITOS PREVISTOS NO ART. 10, §13º DA LEI Nº. 9.656/98, NÃO SE PODE EXCLUIR DA COBERTURA O TRATAMENTO OU EXAME PRESCRITO PELO MÉDICO, PORQUANTO ESSENCIAL PARA A SAÚDE DO BENEFICIÁRIO. O EGRÉGIO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA JÁ FIRMOU POSIÇÃO NO SENTIDO DE SER OBRIGATÓRIA A COBERTURA PELOS PLANOS DE SAÚDE DO TRATAMENTO DE NEOPLASIA. PRECEDENTES. NO QUE TANGE AO DANO MORAL DESTAQUE-SE QUE A POSTURA DA OPERADORA RÉ NÃO SE TRATA DE MERO INADIMPLENTO CONTRATUAL RELATIVO A DIREITOS PATRIMONIAIS DISPONÍVEIS, UMA VEZ QUE, VERSANDO A CONTRATAÇÃO RELATIVAMENTE À SAÚDE, INCORPORA DIREITOS FUNDAMENTAIS REGULADOS CONSTITUCIONALMENTE, MERECENDO TRATAMENTO DIFERENCIADO EM FACE DAS CONSEQUÊNCIAS NEFASTAS DECORRENTES DA INADIMPLÊNCIA DA PRESTADORA. NESTE CASO CONCRETO, NÃO HOUVE A COMPROVAÇÃO PELA OPERADORA RÉ DE QUE SUA CONDUTA ESTARIA ABRIGADA PELA LEGISLAÇÃO OU PELA JURISPRUDÊNCIA PÁTRIAS, HAVENDO APENAS A AFIRMAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO CONTRATO CELEBRADO ENTRE AS PARTES E NO ROL DA ANS. DIANTE DESTE CENÁRIO PROCESSUAL, A RESPONSABILIDADE CIVIL DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE RÉ É PATENTE, TENDO EM VISTA ESTAREM COMPROVADOS A CONDUTA COMISSIVA QUE LHE É

IMPUTADA (RECUSA INJUSTIFICADA NA COBERTURA DO TRATAMENTO EM REFERÊNCIA), O DANO (IN RE IPSA) E O NEXO DE CAUSALIDADE QUE OS UNE (LESÃO MORAL ORIUNDA DA INJUSTIFICADA RECUSA DE COBERTURA). RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA PREVISTA NA LEGISLAÇÃO CONSUMERISTA. A ANGÚSTIA E O SOFRIMENTO DA PARTE AUTORA SÃO INDUVIDOSOS ANTE A INÉRCIA DA PARTE RÉ EM AUTORIZAR O TRATAMENTO APONTADO NA PRESCRIÇÃO MÉDICA, NECESSÁRIO À MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, GERANDO CONSTRANGIMENTO E ABALO EMOCIONAL QUE FOGEM À NORMALIDADE DA VIDA COTIDIANA. PRECEDENTES DESTES EG. TRIBUNAL ACERCA DA OCORRÊNCIA DE DANO MORAL PELA RECUSA INJUSTIFICADA DE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE, CONFORME SE DEPREENDE DA ORIENTAÇÃO EXPRESSA NO VERBETE Nº 339 DA SÚMULA DE SUA JURISPRUDÊNCIA PREDOMINANTE. O VALOR COMPENSATÓRIO FIXADO EM R\$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS) MONTANTE QUE SE REVELA EQUILIBRADO, PROPORCIONAL, RAZOÁVEL E CONSONANTE COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE DE JUSTIÇA PARA CASOS SEMELHANTES. RECURSO DESPROVIDO.

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelação Cível nº **0800221-38.2025.8.19.0011**, em que é apelante **AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S A** e apelada **RENATA MILLEM SILVEIRA**,

Acordam os Desembargadores que integram a Décima Segunda Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por unanimidade de votos, em conhecer do apelo e negar-lhe provimento, nos termos do voto do Exmo. Des. Relator.

VOTO DO RELATOR

De início, menciono que se encontram presentes os requisitos recursais de admissibilidade.

Inicialmente, registre-se que adoto integralmente o relatório formulado na d. sentença proferida pelo r. Juízo da 1ª Vara Cível da Comarca de Cabo Frio (index 218102847), abaixo transcrito, que passa a fazer parte integrante da presente decisão, nos termos do artigo 92, § 4º, do Regimento Interno deste Tribunal de Justiça:

"Trata-se de ação de obrigação de fazer c/c indenizatória por danos morais, com pedido de tutela de urgência, ajuizada por RENATA MILLEM SILVEIRA em face de AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. A autora, portadora de Miastenia Gravis Generalizada e em tratamento oncológico, necessita de cirurgia para retirada das glândulas mamárias, precedida de uso de imunoglobulina humana endovenosa, conforme prescrição médica. Afirma que a ré negou cobertura do medicamento sob alegação de ausência no rol da ANS. Requer a concessão de tutela de urgência para que a Ré custeie o medicamento Imunoglobulina Humana Endovenosa, nos exatos termos da prescrição médica, a confirmação dos efeitos da tutela em sentença e a condenação da ré ao pagamento de R\$ 10.000,00 a título de danos morais.

Inicial em index 165050701, acompanhada de documentos aos ids. 165050702/165050716.

Decisão em index 165141076, deferiu a tutela de urgência e a gratuidade de justiça.

Ante o descumprimento da tutela de urgência, efetivou-se a penhora online dos valores, a fim de custear o tratamento da autora, conforme index 170862433. Todavia, diante da informação de cumprimento da obrigação (index 179843075), determinou-se o levantamento da constrição judicial (index 179843075).

Contestação apresentada pela ré ao id. 171712170, acompanhada de documentos (index 171712173/171712177). Não foram arguidas preliminares. No mérito, aduz que o medicamento requerido (Imunoglobulina Humana Endovenosa) não possui registro específico na ANVISA, razão pela qual estaria excluída a obrigação contratual de custeio. Alega, ainda, que a cobertura é limitada pelo rol de procedimentos da ANS, inexistindo ilegalidade na negativa de autorização. Ressalta não haver prova do dano moral alegado e, ao final, pugna pela total improcedência dos pedidos.

Réplica em index 176851892.

As partes não solicitaram a produção de outras provas, conforme petição da autora em index 186216444 e certidão cartorária de index 216466213.

É o relatório. Decido.

Não há preliminares a analisar. Partes legítimas e bem representadas. Presentes os pressupostos processuais e as condições para o exercício da ação, dou por saneado o feito. Cabível, ainda, o julgamento antecipado do pedido, na forma do art. 355, I, do CPC, uma vez que a pretensão deduzida em Juízo versa sobre questão de fato e de direito, sendo dispensável a produção de outras provas além das constantes dos autos.

Inicialmente, é oportuno frisar que a relação jurídica objeto da presente demanda é de consumo, ocupando o autor a posição de consumidor e o réu de fornecedor de serviços, conforme disposto nos artigos 2º e 3º do CDC. Por este motivo, aplicam-se à demanda as disposições do Código de Defesa do Consumidor.

No caso dos autos, restou demonstrado que a demandante, é beneficiária do plano de saúde oferecido pela operadora de saúde demandada, bem como que é portadora de Miastenia Gravis Generalizada, com sintomas bulbares proeminentes e sintomas ventilatórios intermitentes (MGFAIIB) e, embora se tenha utilizado outros tratamentos, não vem apresentando resposta satisfatória.

Além disso, observa-se que o documento médico (id. 165050702) indica que a autora necessita ser submetida ao tratamento com infusão de Imunoglobulina Humana Endovenosa (Endobulin Kiovig) a 5%, no total de 136g, totalizando 27 frascos, a serem realizados no período de 5 dias, no intuito de reestabelecer o quadro clínico da paciente, além de prevenir complicações como a ocorrência de insuficiência respiratória, caso o tratamento não seja instituído.

Em se tratando de meio para realização do tratamento coberto pelo plano de saúde, mostra-se abusiva a cláusula que nega o fornecimento do medicamento sobretudo quando há indicação de que este deve ser ministrado em ambiente ambulatorial.

Desta forma, descabida e abusiva a negativa de cobertura contratual, pois o que deve preponderar é o fato de que há previsão de cobertura para o tratamento prescrito ao paciente.

Note-se que não se trata de qualquer medicamento, mas de uma substância medicamentosa específica e imprescindível que faz parte do próprio tratamento realizado pela autora, com previsão contratual de cobertura.

Nessa perspectiva, os tratamentos que se encontram inseridos na cobertura contratada não podem ser, de forma alguma, dissociados do medicamento prescrito, sob pena de tornar inócua a cláusula que dá cobertura a determinadas terapias. A recomendação para a utilização do medicamento em questão é de ordem médica e é o profissional médico que assiste diretamente o autor quem detém o conhecimento sobre as necessidades do tratamento. É de sua responsabilidade a orientação terapêutica, não cabendo aos planos negarem (ou limitarem) a cobertura, sob pena de pôr em risco a saúde do paciente.

Nessa esteira, colhe-se o seguinte julgado:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO DO CONSUMIDOR. OBRIGAÇÃO DE FAZER. AUTOR PORTADOR DA SÍNDROME DA PESSOA RÍGIDA. **NECESSIDADE DE USO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA (KIOVIG). PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA CONCEDIDO PELO JUÍZO A QUO. IRRESIGNAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE, ALEGANDO AUSÊNCIA DE OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA DO TRATAMENTO INDICADO. DECISUM QUE SE MANTÉM. PRESENÇA DOS REQUISITOS AUTORIZADORES PARA A CONCESSÃO DA LIMINAR EM CARÁTER DE URGÊNCIA. **PORTE AUTORA QUE ANEXOU LAUDO, INDICANDO A NECESSIDADE DE UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO DE APLICAÇÃO INTRAVENOSA QUE, EM COGNIÇÃO SUMÁRIA, DEVE SER ADMINISTRADO EM AMBIENTE HOSPITALAR, CONFORME DEFINIÇÃO PREVISTA NO INCISO IV, DO ART.4º, DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 465/21, DA ANS. JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA QUE RECONHECE A POSSIBILIDADE DE COBERTURA DE TRATAMENTO NÃO CONSTANTE NO ROL DA A.N.S. (ERESP.1.886.929-SP)**. PRESENÇA DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS À CONCESSÃO DA TUTELA DE URGÊNCIA. PLENA INCIDÊNCIA AO CASO DO VERBETE DA SÚMULA Nº 59. PRECEDENTES DESTES TRIBUNAL DE JUSTIÇA. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. (0027273-12.2024.8.19.0000 - AGRAVO DE INSTRUMENTO. Des(a). MAFALDA LUCHESE - Julgamento: 24/09/2024 - VIGESIMA PRIMEIRA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 19ª CÂMARA CÍVEL))**

Vejamos, ainda, o que dispõe o Enunciado da Súmula nº 340 do TJERJ:

Súmula nº 340: "Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento da doença coberta pelo plano".

Ademais, nos termos da orientação da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, a utilização de medicamentos off label não configura tratamento experimental para fins de exclusão de cobertura prevista no artigo 10 da Lei nº 9.656/98:

*"DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. ESCLEROSE MÚLTIPLA REMITENTE. PACIENTE MENOR DE IDADE. MEDICAMENTO. USO OFF-LABEL. REGISTRO NA ANVISA. RECUSA INDEVIDA. AGRAVO DESPROVIDO. 1. **"Segundo a jurisprudência do STJ, é abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de custear a cobertura do medicamento registrado na ANVISA e prescrito pelo médico do paciente, ainda que se trate de fármaco offlabel, ou utilizado em caráter experimental, especialmente na hipótese em que se mostra imprescindível à conservação da vida e saúde do beneficiário"** (AgInt no REsp 2.016.007/MG, Relator Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 17/4/2023, DJe de 20/4/2023). 2. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 1.735.889/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 5/6/2023, DJe de 13/6/2023).*

"DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE RESSARCIMENTO DE VALORES C/C PEDIDO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. INTUITO PROTETÓRIO. APLICAÇÃO DE MULTA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PARA USO EXPERIMENTAL (OFF LABEL). ABUSIVIDADE DA RECUSA DE COBERTURA. 1. Cuida-se, na origem, de ação de ressarcimento de valores c/c pedido de obrigação de fazer, ajuizada por beneficiário de plano de saúde contra a operadora, em razão da recusa de cobertura de medicamento para tratamento de doença coberta. 2. É legítima a aplicação da multa prevista no art. 1.026, § 2º,

do CPC/15 quando os embargos de declaração apresentam manifesto caráter protelatório, caracterizado pela ausência de indicação de efetivo vício de omissão, contradição, obscuridade ou erro material no julgado, circunscrevendo-se a parte embargante a questionar os fundamentos e conclusões adotadas na decisão. **3. É abusiva a recusa do plano de saúde quanto à cobertura de medicamento prescrito pelo médico, ainda que em caráter experimental ou fora das hipóteses previstas na bula (off label), porquanto não compete à operadora a definição do diagnóstico ou do tratamento para a moléstia coberta pelo plano contratado.** Precedentes. 4. Agravo interno não provido. (STJ. AgInt nos EDcl no REsp 1.918.613 / SP – Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI - Sessão Virtual de 16/11/2021 a 22/11/2021).

Verifica-se, portanto, que o fornecimento do medicamento pleiteado encontra justificativa em diversos dispositivos legais e jurisprudenciais, garantindo o direito à saúde e a proteção do consumidor.

Desse modo, deve-se garantir o acesso à saúde e a proteção do consumidor, assegurando que o plano de saúde forneça os medicamentos necessários para o melhor tratamento da patologia coberta, de modo que entendo que a ré deve ser condenada a fornecer os medicamentos à autora.

Outrossim, a recusa da ré em fornecer o medicamento necessário ao tratamento da autora, ocasionando-lhe angústia e sofrimento, ultrapassa o mero aborrecimento e configura efetivo dano moral. O abalo à sua honra subjetiva restou devidamente demonstrado pelo laudo psicológico de index 165050713, elaborado por profissional habilitada, o qual atesta o impacto emocional e psíquico decorrente da negativa de cobertura. A valoração da indenização deve observar o princípio da razoabilidade, ponderando-se a gravidade da conduta, a repercussão do dano e a intensidade do sofrimento causado, possuindo também caráter pedagógico, a fim de desestimular a repetição da conduta lesiva. Assim, fixo o valor da indenização por danos morais em R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE O PEDIDO, na forma do art. 487, I, do CPC, para tornar definitiva a tutela de urgência deferida em index 165141076 e condenar a demandada a pagar à parte autora a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a título de danos morais,

acrescido de correção monetária calculada conforme o artigo 389, parágrafo único do Código Civil, a contar da citação, e juros calculados conforme artigo 406 e parágrafos do CC, a contar desta data.

Condeno a parte ré ao pagamento das custas e dos honorários, este último fixado em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa.

Havendo recurso de apelação contra o presente julgado, certifique-se nos autos quanto à tempestividade e preparo. Intime-se o apelado para apresentar contrarrazões na forma do art. 1.010, §1º, CPC. Decorrido o prazo, com ou sem manifestação deste e, devidamente certificado nos autos, remetam-se os autos ao E. Tribunal de Justiça na forma do art. 1.010, §3º, CPC.

Decorrido o prazo sem interposição de recurso, certifique-se, proceda-se à baixa e arquivem-se os autos.

Publique-se. Intime-se.”

Apelação da parte ré no index 227608894, requer a reforma da sentença com a improcedência dos pedidos ou a redução do valor fixado a título de compensação pecuniária por dano moral.

Contrarrazões no index 234985851, pelo não provimento ao recurso.

É o relatório.

Destaco que a presente relação é regida pela Lei Nacional nº 8.078/1990, na forma da orientação expressa no Enunciado nº 608 da Súmula da Jurisprudência do STJ:

Enunciado nº 608 da Súmula da Jurisprudência do STJ:

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

(Súmula 608, Segunda Seção, julgado em 11/4/2018, DJe 17/4/2018)

A parte autora é portadora de neoplasia maligna (câncer), restando demonstrado pelo laudo médico acostado aos autos, Id. 165050702, que o tratamento solicitado **(INFUSÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA A 5%, NO TOTAL DE 136 G, DISTRIBUÍDOS EM 27**

FRASCOS, A SEREM ADMINISTRADOS EM 5 DIAS, EM REGIME AMBULATORIAL) é essencial à preservação da sua vida e da sua saúde, direitos que se fundamentam na dignidade da pessoa humana.

LAUDO MÉDICO

Solicito para a paciente Renata Millem Silveira , portadora de Miastenia Gravis Generalizada, com sintomas bulbares proeminentes e sintomas ventilatórios intermitentes (MGFAIIB) o tratamento com infusão de Imunoglobulina Humana Endovenosa (Endobulin Kiovig) a 5%, no total de 136g, totalizando 27 frascos, a serem realizados no período de 5 dias. O tratamento deve ser feito em regime ambulatorial .

A paciente apresenta doença não controlada no momento e episódios intermitentes de dispnéia, já em uso de corticoterapia, sem controle adequado dos sintomas e está em programação de cirurgia oncológica. O tratamento deve ser instituído com brevidade no intuito de reestabelecimnto clínico da paciente e prevenção de complicações, incluindo a ocorrência de insuficiência respiratória.

CID G70.0

02 de Janeiro de 2025 18:44

A alegação da apelante de que não existe obrigatoriedade contratual do plano em custear o referido tratamento, bem como de que o procedimento não está no rol de procedimentos instituídos pela Resolução Normativa nº 428/2017 da ANS, não merecem prosperar.

Consoante a jurisprudência do C. Superior Tribunal de Justiça, “*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*” (AgInt nos EDcl no AREsp 1.028.079/MG, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 22/08/2017, DJe de 31/08/2017).

Trata-se, inclusive, de entendimento sumulado no âmbito desta Corte de Justiça, *in verbis*:

Súmula nº 340, TJRJ – “Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento da doença coberta pelo plano”.

Ainda no entendimento do C. Superior Tribunal de Justiça, “*é inadmissível a recusa do plano de saúde em cobrir tratamento médico voltado à cura de doença coberta pelo contrato sob o argumento de não constar da lista de procedimentos da ANS, pois este rol é exemplificativo, impondo-se uma interpretação mais favorável ao consumidor.*” (AgInt no REsp 1723344 / DF - Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE - TERCEIRA TURMA - DJe 28/03/2019).

Nesse ponto, não se desconhece a decisão da Colenda Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento conjunto dos EREsp nº 1.886.929/SP e EREsp nº 1.889.704/SP, no sentido da taxatividade mitigada do rol da ANS.

É legítima a expectativa do beneficiário de ter a sua saúde restabelecida de forma menos gravosa e mais eficaz possível, além de atender à própria natureza do contrato em tela que, no caso, é a saúde cuja atual definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é "*situação de perfeito bem-estar físico, mental e social*".

Sob esta linha de atuação, em comunicado de n.º 95, de 23 de junho de 2022, a Agência Nacional de Saúde Suplementar declarou expressamente ter incluído os métodos multidisciplinares no seu rol de procedimentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, vedando a negativa ou suspensão de atendimento.

Ademais, foi editada a Lei nº. 14.454/2022, que alterou a Lei nº. 9.656/98 exatamente para enfrentar a discussão do rol taxativo da ANS, sendo determinada a obrigação de cobertura de medida não prevista no rol desde que prescrita pelo médico assistente, e que exista comprovação de eficácia ou recomendação de órgão de renome internacional.

Eis o teor do art. 10, §13º da Lei nº. 9.656/98, com redação dada pela Lei nº. 14.454/2022:

"§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico;

ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Nesse contexto, há permissivo legal para que se excepcione o rol da Agência Nacional de Saúde sempre que comprovada cientificamente a eficácia do tratamento prescrito.

Conclui-se que, sob pena de desnaturar os objetivos inerentes à própria natureza do contrato, quando presentes os requisitos previstos no art. 10, §13º da Lei nº. 9.656/98, não se pode excluir da cobertura o tratamento ou

exame prescrito pelo médico, porquanto essencial para a saúde do beneficiário, frisando-se que, tratando-se de moléstia coberta, é de competência do médico assistente, e não da operadora do plano, a escolha da terapia e tratamentos relativos à patologia.

E descabe qualquer alegação de que a imposição de tal obrigação à operadora do plano de saúde iria onerar excessivamente a saúde financeira da empresa, pois a contraprestação paga pelos consumidores a partir do momento que aderem a esses contratos de prestação de serviço visa, justamente, a custear tratamentos de alta complexidade, não se havendo de cogitar, por isso, de violação ao artigo 476 do Código Civil, além de estar em perfeita harmonia com a Política Nacional das Relações de Consumo prevista no artigo 4º, inciso III, do CDC.

Nesta linha, o Egrégio Superior Tribunal de Justiça já firmou posição no sentido de ser obrigatória a cobertura pelos planos de saúde do tratamento conforme ementa relacionada:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDNA NA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDNA PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.
1. A Lei n. 9.961/2000 criou a ANS, estabelecendo no art. 3º sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º, III, elucida que compete à ANS elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os

fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

2. Por inequívoca opção do legislador, extrai-se tanto do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 quanto do art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000 que é atribuição dessa agência elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Nessa toada, o Enunciado n. 21 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ propugna que se considere, nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n. 9.656/1998, o Rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.

3. Por um lado, a Resolução Normativa ANS n. 439/2018, ora substituída pela Resolução Normativa ANS n. 470/2021, ambas dispendo sobre o rito processual de atualização do Rol, estabelece que as propostas de sua atualização serão recebidas e analisadas mediante critérios técnicos relevantes de peculiar complexidade, que exigem alto nível de informações, quais sejam, utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS, princípios da saúde baseada em evidências - SBE, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Por outro lado, deixando claro que não há o dever de fornecer todas e quaisquer coberturas vindicadas pelos usuários dos planos de saúde, ao encontro das mencionadas resoluções normativas da ANS, a Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, incluiu o art. 10-D, § 3º, I, II e III, na Lei 9.656/1998 para estabelecer, no mesmo diapasão do regramento infralegal, a instituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10, devendo apresentar relatório que considerará: I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso; II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

4. O Rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo - devendo, ademais, a cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas - tem o condão de efetivamente padronizar todos os planos e seguros de saúde e restringir a livre concorrência, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito para

garantir a saúde ou a vida do segurado, o que representaria, na verdade, suprimir a própria existência do "Rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população.

5. A par de o Rol da ANS ser harmônico com o CDC, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018). Dessa maneira, ciente de que o Rol da ANS é solução concebida pelo próprio legislador para harmonização da relação contratual buscada nas relações consumeristas, também não caberia a aplicação insulada do CDC, alheia às normas específicas inerentes à relação contratual.

6. Não se pode perder de vista que se está a discutir direitos e obrigações da relação contratual que envolvem plano de saúde e usuário, e não o estabelecimento de obrigação de fazer ou de não fazer a terceiro, que nem mesmo integra a lide. A ANS, ao contrário do médico-assistente da parte litigante, analisa os procedimentos e eventos sob perspectiva coletiva, tendo em mira a universalização do serviço, de modo a viabilizar o atendimento do maior número possível de usuários. Mesmo o correto e regular exercício profissional da Medicina, dentro das normas deontológicas da profissão, usualmente possibilita ao profissional uma certa margem de subjetividade, que, por vezes, envolve convicções pessoais ou melhor conveniência, mas não pode nortear a elaboração do Rol.

7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delineia também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses - notadamente econômicos - da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar.

8. Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas. Com efeito, o entendimento de que o Rol - ato estatal, com expressa previsão legal e imperatividade inerente, que vincula fornecedores e consumidores - deve ser considerado meramente exemplificativo em vista da vulnerabilidade do consumidor, isto é, lista aberta sem nenhum paralelo no mundo, ignora que é ato de direito administrativo, e não do fornecedor de serviços, assim como nega vigência a diversos dispositivos legais, ocasionando antisseleção, favorecimento da concentração de mercado e esvaziamento da competência

atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica, com prejuízo para toda a coletividade envolvida. Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde (art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada.

9. Em recentes precedentes específicos envolvendo a supressão das atribuições legais da ANS, as duas Turmas de Direito Público decidiram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras", "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021). Ademais, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (AgInt no REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021).

10. Diante desse cenário e buscando uma posição equilibrada e ponderada, conforme o entendimento atual da Quarta Turma, a cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de forma pontual, quando demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a prescrição do médico ou odontólogo que acompanha o paciente, devendo ser observados, prioritariamente, os contidos no Rol de cobertura mínima. Deveras, como assentado pela Corte Especial na esfera de recurso repetitivo, REsp n. 1.124.552/RS, o melhor para a segurança jurídica consiste em não admitir que matérias técnicas sejam tratadas como se fossem exclusivamente de direito, resultando em deliberações arbitrárias ou divorciadas do exame probatório do caso concreto. Ressaltou-se nesse precedente que: a) não é possível a ilegítima invasão do magistrado em seara técnica à qual não é afeito; b) sem dirimir a questão técnica, uma ou outra conclusão dependerá unicamente do ponto de vista do julgador, manifestado quase que de forma ideológica, por vez às cegas e desprezado da prova dos autos; c) nenhuma das partes pode ficar ao alvedrio de valorações superficiais.

11. Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol: 1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida 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; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

12. No caso concreto, a parte autora da ação tem esquizofrenia paranoide e quadro depressivo severo e, como os tratamentos medicamentosos não surtiram efeito, vindica a estimulação magnética transcraniana - EMT, ainda não incluída no Rol da ANS. O Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme a Resolução CFM n. 1.986/2012, reconhece a eficácia da técnica, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas, esquizofrenias, bem como para o planejamento de neurocirurgia, mantendo o caráter experimental para as demais indicações. Consoante notas técnicas de NatJus de diversos Estados e do DF, o procedimento, aprovado pelo FDA norte-americano, pode ser mesmo a solução imprescindível para o tratamento de pacientes que sofrem das enfermidades do recorrido e não responderam a tratamento com medicamentos - o que, no ponto, ficou incontroverso nos autos.

13. Com efeito, como o Rol não contempla tratamento devidamente regulamentado pelo CFM, de eficácia comprovada, que, no quadro clínico do usuário do plano de saúde e à luz do Rol da ANS, é realmente a única solução imprescindível ao tratamento de enfermidade prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, notadamente por não haver nas diretrizes da relação editada pela Autarquia circunstância clínica que permita essa cobertura, é forçoso o reconhecimento do estado de ilegalidade, com a excepcional imposição da

cobertura vindicada, que não tem preço significativamente elevado.

14. Embargos de divergência a que se nega provimento.

(EREsp nº 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022)

Desta forma, impõe-se a manutenção da sentença que determinou ao plano de saúde apelado que custeie o procedimento prescrito pelo médico assistente da parte autora, enquanto houver indicação médica.

No tocante à condenação ao pagamento de danos morais, destaque-se que a postura da operadora ré não se trata de mero inadimplemento contratual relativo a direitos patrimoniais disponíveis, uma vez que, versando a contratação relativamente à saúde, incorpora direitos fundamentais regulados constitucionalmente, merecendo tratamento diferenciado em face das consequências nefastas decorrentes da inadimplência da prestadora.

A angústia e o sofrimento da parte autora são indubitáveis ante a inércia da parte ré em autorizar o procedimento apontado na prescrição médica, necessário a manutenção da qualidade de vida, gerando constrangimento e abalo emocional que fogem à normalidade da vida cotidiana

Há precedente deste Eg. Tribunal acerca da ocorrência de dano moral pela recusa injustificada de operadora de plano de saúde, conforme se depreende da orientação expressa no Verbete nº 339 da Súmula de sua Jurisprudência Predominante:

Verbetes nº 339:

"A recusa indevida ou injustificada, pela operadora de plano de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico enseja reparação a título de dano moral."

Nessa linha de raciocínio, o julgador deve adotar critérios norteadores da fixação do valor da condenação, onde deve levar em conta o grau de culpa do agente, eventual culpa concorrente da vítima e as condições econômicas das partes.

Tenho que, no caso em concreto, há de se considerar na fixação do *quantum* compensatório os critérios de moderação e razoabilidade que informam os parâmetros avaliadores adotados por essa Corte.

Em observância aos critérios acima mencionados e atento às peculiaridades do caso em questão, entendo que o valor compensatório fixado pelo juízo em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), montante que se revela equilibrado, proporcional e razoável e consonante com a jurisprudência desta Corte de

Justiça, inclusive deste Órgão Colegiado em julgado sob minha relatoria. Veja-se:

0010266-04.2024.8.19.0001 - APELAÇÃO

Ementa sem formatação

1ª Ementa

Des(a). ANTONIO ILOIZIO BARROS BASTOS - Julgamento: 22/01/2025 - DECIMA SEXTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 4ª CÂMARA CÍVEL)

APELAÇÃO. SEGURO SAÚDE. MEDICAMENTO. CÂNCER. 1. Trata-se de apelação interposta pelo réu (operador de seguro saúde) contra sentença que, além de o condenar ao pagamento de R\$ 10.000,00 a título de danos morais, confirmou a tutela de urgência em favor do apelado - que foi "diagnosticado com "adenocarcinoma de tireoide bem diferenciado" (CID C73), em avançado estado, ou seja, trata-se de um câncer já em estado "metastático paramediastino (tórax) e osso (coluna lombar, invadindo canal medular onde saem as terminações nervosas)"" - no sentido de que o apelante "autorize, custeie e forneça o medicamento LENVANTINIBE - 24mg". 2. Na espécie, temos uma demanda lastreada em um relatório da médica assistente que, após pontuar o grave problema de saúde do autor e informar que a radioterapia a que foi submetido não deu resultado, solicitou com urgência a medicação em foco. 3. Nesse cenário, a negativa do apelante revela a divergência entre o que entende o operador do seguro saúde contratado e o profissional médico responsável pela solicitação do medicamento com o qual pretende o melhor tratamento ao paciente. À luz das Súmulas 211 e 340 do TJRJ, a escolha cabe ao médico, sendo certo que a resistência do apelante é abusiva. 4. De mais a mais, para além de precedentes que são desfavoráveis ao apelante, que suscita tratar-se de um medicamento off label para o caso do apelado, não se pode olvidar que "Segundo a jurisprudência do STJ, é abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de custear a cobertura do medicamento registrado na ANVISA e prescrito pelo médico do paciente, ainda que se trate de fármaco off-label, ou utilizado em caráter experimental, especialmente na hipótese em que se mostra imprescindível à conservação da vida e saúde do beneficiário". 5. A negativa de cobertura, notadamente em casos tão graves como na espécie, por si só gera o dano moral reparável. Súmula TJRJ 339. 6. RECURSO DESPROVIDO.

0034811-04.2021.8.19.0209 - APELAÇÃO

Des(a). MARCOS ANDRE CHUT - Julgamento: 21/01/2025 - VIGESIMA SEGUNDA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 23ª CÂMARA CÍVEL)

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. PACIENTE DIAGNOSTICADO COM CARCINOMA NEUROENDÓCRINO, EM ESTÁGIO AVANÇADO. NECESSIDADE DE USO DO MEDICAMENTO PEMBROLIZUMABE (KEYTRUDA). NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE. ALEGAÇÃO DE EXCLUSÃO CONTRATUAL DA COBERTURA DE MEDICAMENTO PARA USO OFF

LABEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. INCONFORMISMO DA RÉ. 1. LAUDO MÉDICO QUE COMPROVA A DOENÇA QUE ACOMETE O AUTOR, BEM COMO A NECESSIDADE DE TRATAMENTO COM O MEDICAMENTO PLEITEADO. 2. FÁRMACO REGISTRADO NA ANVISA. 3. NÃO HÁ QUE SE FALAR EM USO OFF LABEL DO MEDICAMENTO PRETENDIDO PELO AUTOR SE A PRÓPRIA ANVISA INDICA SEU USO PARA O TIPO DE CÂNCER QUE O ATACA. 4. QUANTO AO ROL DA ANS, O STJ JÁ SOLIDIFICOU O ENTENDIMENTO NO SENTIDO DE QUE SUA NATUREZA TAXATIVA OU EXEMPLIFICATIVA SERIA DESIMPORTANTE À ANÁLISE DO DEVER DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DE CÂNCER, E DE QUE É ABUSIVA A RECUSA DO PLANO QUANTO À COBERTURA DE MEDICAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO, PORQUANTO NÃO LHE COMPETE A DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO OU DO TRATAMENTO PARA A MOLÉSTIA COBERTA. 5. PRECEDENTES DO STJ. 6. RECUSA INDEVIDA DA PARTE RÉ. 7. DANO MORAL CONFIGURADO. 8. QUANTUM ARBITRADO EM R\$ 7.000,00 (SETE MIL REAIS). EM ATENÇÃO AOS POSTULADOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. 9. SENTENÇA QUE SE MANTÉM. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO.

0955443-97.2023.8.19.0001 - APELAÇÃO

Des(a). SANDRA SANTARÉM CARDINALI - Julgamento: 18/12/2024 - DECIMA SETIMA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 26ª CÂMARA CÍVEL)

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. I. Caso em exame 1. Trata-se de ação por meio da qual pretende o autor, portador de carcinoma de células renais, a condenação da parte ré ao custeio do tratamento com os medicamentos Nivolumabe + Ipilimumabe, conforme prescrito por seu médico assistente, bem como a uma indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00. 2. A sentença julgou procedente o pedido "para compelir a ré a arcar com todos os custos do tratamento prescrito ao autor, que engloba o fornecimento dos medicamentos NIVOLUMABE 3mg/kg D1 + IPILIMUMABE 1mg/kg D1 a cada 21 dias por 4 ciclos, seguido de NIVOLUMABE 3mg/kg a cada 14 dias até a progressão da doença, no prazo de 48 horas, sob pena de multa diária de R\$ 5.000,00." Condenou a ré, ainda, "ao pagamento da quantia de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), a título de danos morais, acrescida de correção monetária desde o julgado e juros legais, a partir da citação, além das custas processuais e honorários advocatícios", arbitrados em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação. II. Questão em discussão 3. Recorrem ambas as partes, pugnando o autor pela majoração da indenização por danos morais, para o valor de R\$ 10.000,00, e pugnando a parte ré pela improcedência do pedido ou, subsidiariamente, pelo afastamento da condenação em danos morais. III. Razões de decidir 4. Superior Tribunal de Justiça que,

no julgamento dos EREsps n. 1.886.929/SP e n. 1.889.704/SP, pacificou o entendimento quanto à taxatividade, em regra, do rol de procedimentos da ANS, a qual, todavia, pode ser mitigada ante a observância de alguns critérios. 5. Tese firmada pelo STJ que não foi proferida com efeito vinculante. 6. Ambos os fármacos prescritos possuem registro na ANVISA, e a necessidade deles para o tratamento do autor foi devidamente atestada pelo profissional que o assiste. 7. Por sua vez, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que "é lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no rol da ANS para esse fim" (AgInt no AgInt nos EDcl no REsp n. 1.964.771/RS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 5/9/2022, DJe de 8/9/2022), bem como no sentido de que "o fato de o medicamento antineoplásico não estar listado no rol da ANS ou de sua prescrição não estar enquadrada na diretriz de utilização estabelecida pela autarquia não autoriza a recusa de cobertura pela operadora do plano de saúde" (REsp n. 2.098.930/RJ, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 20/8/2024, DJe de 22/8/2024). 8. Logo, tratando-se de medicamentos antineoplásicos, a parte ré não poderia negar a cobertura apenas por se tratar de requerimento de uso off label, uma vez que são medicamentos para o tratamento de câncer de pulmão e o uso pretendido pelo autor é para câncer renal. 9. Destaque-se ainda o entendimento consagrado no Enunciado nº 340 deste Tribunal de Justiça no sentido de que "Ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento da doença coberta pelo plano." 10. Assim, reconheço ser injustificada a negativa de autorização pela ré do tratamento requerido pelo autor, impondo-lhe o dever de indenizar os prejuízos daí decorrentes. 11. Quanto aos danos morais, a matéria se encontra sumulada neste Tribunal, no verbete nº 339", no sentido de que "A recusa indevida ou injustificada, pela operadora de plano de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico enseja reparação a título de dano moral." 12. Quantum indenizatório que merece majoração para o valor de R\$ 10.000,00, o que melhor atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade. IV. Dispositivo 13. Recurso da parte ré desprovido. Recurso do autor provido. _____ Dispositivos relevantes citados: art. 10 da Lei 9.656/1998. Jurisprudência relevante citada: EREsps n. 1.886.929/SP e n. 1.889.704/SP; AgInt no AgInt nos EDcl no REsp n. 1.964.771/RS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 5/9/2022, DJe de 8/9/2022; REsp n. 2.098.930/RJ, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 20/8/2024, DJe de 22/8/2024; REsp n. 2.098.930/RJ,

relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 20/8/2024, DJe de 22/8/2024; AgInt no REsp 2107525 / SP AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL 2023/0400203-2 Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE (1150) Órgão Julgador T3 - TERCEIRA TURMA Data do Julgamento 18/11/2024 Data da Publicação/Fonte DJe 22/11/2024; 0015854-50.2017.8.19.0061 - APELAÇÃO Des(a). WILSON DO NASCIMENTO REIS - Julgamento: 16/02/2023 - DECIMA SETIMA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 26ª CÂMARA CÍVEL)

Sem mais considerações, voto pelo conhecimento do apelo e pelo desprovisionamento, mantendo a sentença em todos os termos. Majoro em 2% o valor fixado a título de honorários advocatícios sucumbenciais em desfavor da parte ré.

Rio de Janeiro, na data da assinatura eletrônica.

DESEMBARGADOR CLEBER GHELFENSTEIN
RELATOR