

Apelação Cível nº. **0819056-33.2023.8.19.0209**

Apelante: **BRDESCO SAÚDE S.A.**

Apelado: **CARLOS ALBERTO LOPES DE AZEVEDO**

Relator: **Desembargador ANDRÉ L.M. MARQUES**

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA E DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. TRATAMENTO DE AMILOIDOSE CARDÍACA DO TIPO "ATTR". PACIENTE IDOSO. CARDIOPATIA GRAVE. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. OBRIGAÇÃO DE FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO VYNDAQEL (TAFAMIDIS MEGLUMINA 20MG) E INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RECURSO DA PARTE RÉ. LAUDO MÉDICO. PRESCRIÇÃO DO FÁRMACO PELO MÉDICO ASSISTENTE. ÚNICO TRATAMENTO VIÁVEL. RISCO À VIDA. MEDICAMENTO INSERIDO NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES DO SUS. RECOMENDAÇÃO DA CONITEC. DANO MORAL CONFIGURADO. ABUSIVIDADE. VALOR RAZOAVELMENTE FIXADO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos da Apelação Cível nº **0819056-33.2023.8.19.0209**, em que é Apelante **BRDESCO SAÚDE S.A.** e Apelado **CARLOS ALBERTO LOPES DE AZEVEDO**.

ACORDAM os Desembargadores que integram a Décima Nona Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por MAIORIA, em **CONHECER** do recurso e **NEGAR-LHE PROVIMENTO**, nos termos do voto do Desembargador Relator.

RELATÓRIO

Registre-se, de início, que adoto integralmente o relatório formulado na sentença (id. 125480845) proferida pelo Juízo da 5ª Vara Cível do Foro Regional da Barra da Tijuca, abaixo transcrita, que passa a fazer parte da presente decisão, nos termos do artigo 92 §4º do Regimento Interno deste Tribunal de Justiça:

“Trata-se de ação proposta por **CARLOS ALBERTO LOPES DE AZEVEDO em face de BRADESCO SAÚDE OPERADORA DE PLANOS S/A**, em que pretende o autor, em sede de antecipação de tutela, **seja o réu compelido a fornecer**, em caráter imediato e mensal, e no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, a contar de sua intimação, a quantidade de comprimidos do **medicamento Vyndaqel (tafamidismeglumina 20mg) prescrita pelo médico assistente**. No mérito, pretende a autora a confirmação da tutela, mantendo o fornecimento da medicação na forma indicada, condenando-se o réu, ainda, ao pagamento de indenização por dano moral no valor de R\$ 10.000,00. Afirma o autor, em síntese, que é **portador de enfermidade diagnosticada ser portadora de amiloidose cardíaca do tipo ATTR**. Sendo que o perigo da demora no uso do medicamento causa o agravamento, a cada dia, da doença que acomete o autor, com grave risco de vida, haja vista que sem o medicamento aumenta a chance de insuficiência cardíaca e, conseqüentemente, morte do autor. Contudo, a ré se recusou a custear tal tratamento, sob a justificativa de que o contrato não prevê o custeio de medicamento. (...) **Decisão concessiva de antecipação da tutela no IE 64686871**. (...) Petição do autor informando o cumprimento da tutela e a desnecessidade da penhora online no IE 66729036. O

réu apresentou contestação no IE 67776733, informando o cumprimento da tutela e sustentando que o pleito autoral merece ser inteiramente rechaçado, vez que a apólice de seguro da autora é posterior à Lei nº 9656/98, portanto, estando vinculada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que não inclui tratamento com medicamento para uso ambulatorial, fora de emergência, como cobertura obrigatória, não tendo sido tal despesa computada no cálculo atuarial, além de se insurgir quanto ao dano moral alegado. (...) **Cópia do acórdão proferido em sede de agravo de instrumento manejado contra a decisão que deferiu a antecipação de tutela mantendo a decisão recorrida no IE 72082575.** [...]”¹

O Juízo “a quo” assim fundamentou a sentença:

“[...] O autor demonstra, em sua inicial, ser portador da enfermidade alegada, comprovando, através de documentos médicos, a necessidade do tratamento com o medicamento Vyndaqel (tafamidismeglumina 20mg). O réu alega que o contrato do autor é posterior à Lei nº 9656/98, portanto, estando vinculada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que não inclui tratamento com medicamento para uso ambulatorial, fora de emergência, como cobertura, com o uso do medicamento requerido. **A alegação do plano de saúde no sentido de que tal tratamento não possui cobertura, por consistir no fornecimento de remédios, o que é expressamente vedado no contrato, não merece, concessa venia, qualquer acolhimento. Isso porque, sendo o uso do Vyndaqel (tafamidismeglumina 20mg) necessário para ao tratamento da doença cardíaca do autor, e sendo tal tratamento uma das obrigações assumidas pelo plano de saúde, não há como se excluir da parte ré o**

¹ Grifou-se.

dever de arcar com o custo de tal produto, sob pena de inviabilizar o próprio tratamento cardíaco, ao qual, repita-se, está obrigada a custear, por expressa disposição contratual, não ficando descaracterizado o tratamento pelo simples fato de ser feito pela via oral, ainda que no contrato haja cláusula prevendo a exclusão do fornecimento de medicamentos. Não se trata, aqui, de obrigar os planos de saúde a fornecer todo e qualquer medicamento aos pacientes, mas sim de fornecer à autora as condições para a realização do tratamento cardíaco de que necessita para a garantia de sua vida e de sua saúde, sendo tal tratamento expressamente previsto no contrato. Assim, embora seja lícito aos planos de saúde a limitação da cobertura para a exclusão do fornecimento de remédios em geral -, não se aplica em se tratando de produto necessário e inerente ao próprio tratamento cardíaco coberto expressamente pelo contrato. Por conseguinte, é de se impor à ré a obrigação de custear as despesas necessárias à realização do tratamento o autor. **Quanto à configuração do dano moral, embora o inadimplemento contratual não enseje, por si só, o direito à reparação, no caso concreto tal dano vislumbra-se inarredável, tendo em vista que, em razão da conduta da ré, sofreu a autora enorme angústia e aflição, abalando ainda mais seu estado emocional, já fragilizado pela doença.** Ora, não se pode dizer que tal situação caracterize mero aborrecimento, eis que extrapolados os limites do tolerável na vida de relação. No que tange ao quantum do dano moral, deixou a autora a critério do juízo, parecendo razoável a quantia de R\$ 10.000,00, considerando a capacidade econômica da ré, pessoa jurídica de grande porte, operadora de plano de saúde, serviço essencial, voltado ao consumidor. Portanto, entendo que a quantia fixada atente ao caráter punitivo e ao aspecto pedagógico do dano moral, sem, no entanto, permitir o enriquecimento sem causa por parte da autora. [...].”²

² Grifou-se.

Os pedidos foram julgados da seguinte forma:

“Diante do exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido formulado na inicial para condenar a ré arcar com as despesas necessárias à realização do tratamento cardíaco do autor, através do fornecimento do medicamento Vyndaqel (tafamidismeglumina 20mg), confirmando, em todos os seus termos, a tutela antecipada concedida. Condeno a ré, ainda, a pagar à autora a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a título de indenização por dano moral, valor esse a ser acrescido de juros legais da citação e correção monetária do arbitramento. Nesta data procedo ao desbloqueio da penhora realizada, ficando autorizada a expedição de mandado de pagamento em favor do réu. Condeno a ré, ainda, ao pagamento das custas judiciais e honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação.”

Recurso de Apelação do Réu Bradesco Saúde no id.129339456. Sustenta que: i. a apólice de seguro do autor é posterior à Lei nº 9656/98 e está vinculada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que não inclui tratamento com medicamento para uso ambulatorial fora de emergência como cobertura obrigatória; ii. o contrato prevê a exclusão de cobertura para medicamentos administrados em ambiente domiciliar ou ambulatorial, exceto em casos de urgência ou emergência, estando a negativa de cobertura está respaldada pela legislação e pelas normas da ANS; iii. a cláusula de exclusão de cobertura é clara, válida e redigida de forma compreensível, não sendo abusiva, uma vez que a exclusão de cobertura para medicamentos de uso domiciliar está prevista na Lei nº 9.656/98 e nas resoluções da ANS.

Além disso, assevera que: iv, a seguradora não tem poderes para conceder autorização para a realização do procedimento quando este não se encaixar nos critérios técnicos determinados pela ANS, sendo que a negativa de cobertura não configura má-fé ou conduta ilícita, não justificando a indenização por danos morais; v, há doutrina e jurisprudência que respaldam a legalidade e validade das cláusulas limitativas de risco, destacando que a seguradora só responde pelos riscos particularizados na apólice.

Por fim requer: i, a reforma da sentença para julgar improcedentes os pedidos do Autor, considerando a legalidade da negativa de cobertura com base na legislação e nas normas da ANS e ii, caso não seja acolhido o pedido principal, requer a redução do valor da indenização por danos morais, argumentando que o valor fixado na sentença é excessivo e desproporcional.

Contrarrazões do Réu em prestígio ao “*decisum*” (id. 130832859), requerendo o desprovitamento do recurso de Apelação para manter, por seus próprios fundamentos, a sentença “a quo”.

É o relatório. Passo ao voto.

VOTO

O recurso deve ser conhecido, uma vez que preenchidos os pressupostos de admissibilidade.

Cinge-se a controvérsia à negativa da cobertura do tratamento requerido, consubstanciado no fornecimento do medicamento supracitado, e eventuais danos decorrentes.

Inferre-se dos autos que o Autor, atualmente com 82 (oitenta e dois) anos de idade (id. 64639322), é beneficiário de um plano de saúde coletivo empresarial contratado junto ao Réu (id. 64639329) e que foi diagnosticado com **Amiloidose Cardíaca do tipo ATTR**, uma condição considerada grave e que coloca sua vida em risco. (id. 64639332). Confirmam-se os aludidos documentos:



Dr. Marcelo Imbroinise Bittencourt
Cardiologia / Terapia Intensiva
Doutorado em Ciência Médicas pela UERJ
Mestre em cardiologia pela UERJ
CRM 5260510-1

Rio de Janeiro, 22/06/23

Relatório

Solicito aquisição do medicamento Vyndaqel (tafamidis meglumina 20mg) uso contínuo na dose de 4 comp. ao dia para o Sr Carlos Alberto Lopes de Azevedo, 81 anos, portador de amiloidose cardíaca do tipo ATTR, com a finalidade de retardar a progressão da mesma.

Ressalto que trata-se de um paciente que está evoluindo com uma cardiomiopatia infiltrativa progressiva e insuficiência cardíaca classe funcional III NYHA.

Entre os exames que sustentam o diagnóstico da doença, indicando a medicação, temos:

Investigação hematológica(09/03/2023) – Afastou a forma AL. Cadeias leves livres =1,29. Imunoelektroforese de proteínas urinárias negativa.

Ressonância magnética cardíaca (17/02/2023) HVE de grau importante (maior espessura=22mm) associado a algum grau de obstrução da via de saída. Realce tardio atípico para DAC, padrão difuso sugerindo amiloidose.

Cintilografia do miocárdio com pirofosfato (13/03/2023). Captação grau 3 de padrão difuso e homogêneo envolvendo todo o VE. Também se observa captação no VD. Análise semi-quantitativa =1,7.

Sequenciamento do gene TTR (03/05/23)–Ausência de variantes patogênicas, confirmando a forma selvagem da amiloidose TTR.

Destaco que o uso do tafamidis meglumina nesta condição tem como objetivo **REDUZIR A MORTALIDADE E A INCIDÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÕES CARDIOVASCULARES** (Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, Elliott PM, Merlini G, Waddington-Cruz M, Kristen AV, Grogan M, Witteles R, Damy T, Drachman BM, Shah SJ, Hanna M, Judge DP, Barsdorf AI, Huber P, Patterson TA, Riley S, Schumacher J, Stewart M, Sultan MB, Rapezzi C. ATTR-ACCT Study Investigators. Tafamidis Treatment for Patients with Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. N Engl J Med. 2018 Sep 13;379(11):1007-1016. doi: 10.1056/NEJMoa1805689. e Kittleson MM, Maurer MS, Ambardekar AV, Bullock-Palmer RP, Chang PP, Eisen HJ, Nair AP, Nativi-Nicolau J, Ruberg FL. American Heart Association Heart Failure and Transplantation Committee of the Council on Clinical Cardiology. Cardiac Amyloidosis: Evolving Diagnosis and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2020 Jul 7;142(1):e7-e22. doi: 10.1161/CIR.0000000000000792. Os riscos relacionados a esta doença sem o tratamento específico é a evolução mais rápida para insuficiência cardíaca e morte.

Atenciosamente,

Marcelo Imbroinise Bittencourt
CRM 5260510-1

Pois bem.

De início, cumpre ressaltar que a questão trazida a Juízo encerra relação de consumo, na medida em que as partes se subsumem aos conceitos de consumidor e fornecedor constantes, respectivamente, dos artigos 2º e 3º da Lei 8.078/90.

Por esta razão, aplicam-se ao presente julgamento as normas, princípios e regras insculpidas no Código de Defesa do Consumidor. Este o entendimento sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça:

“Súmula 469: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.”

Nesse passo, o artigo 8º do CDC impõe aos fornecedores de serviços a obrigação de prestar serviços de maneira segura, sem colocar em risco a segurança ou a saúde dos consumidores.

Embora cláusulas restritivas possam ser incluídas em contratos de consumo, elas não podem violar obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato. Os consumidores, por sua vez, esperam receber toda a assistência necessária para a recuperação de sua saúde.

Ademais, a cobertura do plano de saúde para o tratamento de uma doença específica implica que não é possível excluir quaisquer mecanismos indicados pelo médico assistente para o sucesso do tratamento. O rol de coberturas de medicamentos e procedimentos da ANS não é taxativo, permitindo interpretações.

Não é outro o entendimento da Corte Superior. Confira-se:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA PARA O FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO. ROL DA ANS. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM O ENTENDIMENTO DA TERCEIRA TURMA DO STJ. REVISÃO. PRETENSÃO RECURSAL QUE ENVOLVE O REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. Aplica-se o NCPC a este julgamento ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. 2. **Segundo a jurisprudência desta Corte, o plano de saúde deve custear o tratamento de doença coberta pelo contrato, porquanto as operadoras não podem limitar a terapêutica a ser prescrita, por profissional habilitado, ao beneficiário para garantir sua saúde ou sua vida, esclarecendo, ainda, que tal não é obstado pela ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS.** 3. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma entendendo ser legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta Eg. Terceira Turma, no julgamento do REsp nº 1.846.108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, julgado aos 2/2/2021, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos. 4. A alteração das conclusões do acórdão recorrido exige reapreciação do acervo fático-probatório da demanda, o que faz incidir o óbice da Súmula nº 7 do STJ. 5. Agravo interno não provido.”³

³ AgInt no REsp 1958572/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/12/2021, DJe 15/12/2021. Grifou-se.

Oportuno dizer que, em razão do caráter cogente do CDC e da presumida vulnerabilidade do consumidor, as cláusulas limitativas ou obstativas, das obrigações assumidas pelas seguradoras de saúde, devem ser interpretadas à luz da boa-fé objetiva e sempre da maneira mais favorável ao consumidor, em consonância com o art. 47.

Tal interpretação deve ser realizada mais ainda no caso de contratos de adesão, como o dos autos, na medida em que o consumidor somente adere às cláusulas do pacto, sem poder a elas se opor, nem sequer travar qualquer discussão antes de contratar.

Registre-se que a proteção à saúde não é apenas um dever do Estado, estendendo-se como princípio ético, no qual deve se pautar o fornecedor de serviço que está interligado ao direito fundamental.

Isso posto, impende destacar que, no referido relatório médico há informação de que o medicamento foi indicado para deter a progressão do dano miocárdico, havendo ainda a informação de que o uso deve ser contínuo por se tratar de doença crônica e por ser o único medicamento com tal finalidade aprovado pela ANVISA.

Salienta-se que a eficácia do referido medicamento foi atestada pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, que, através do Relatório de Recomendação nº 339 de janeiro de 2018 que foi incorporado no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde no âmbito do SUS, através da Portaria SCTIE-MS nº 2, de 18 de janeiro de 2018.

Ademais, a gravidade da doença demanda a maior celeridade, fundamental, portanto, o início imediato do tratamento com o medicamento prescrito, conforme se verifica dos documentos acostados.

O contrato de plano de saúde existente entre as partes, como já dito, deve ser interpretado conforme a regra consumerista e além disso, à luz da Legislação Especial nº 9.656/98 e das normas gerais do Código Civil, sendo certo que, deve se pautar sempre na boa-fé objetiva.

Por força da cláusula geral de boa-fé objetiva, devem as partes respeitar reciprocamente os interesses legítimos e as expectativas razoáveis de cada uma delas na relação contratual que as vincula, agindo de forma leal, sem abusar ou obstruir a execução da avença, abstendo-se de causar ou auferir vantagem indevida, ou excessiva.

A dogmática contratual moderna aponta na direção de que o objetivo da tutela da lei é a proteção da confiança, visando à realização das legítimas expectativas das partes contratantes.

Na hipótese dos autos, o contrato de adesão celebrado entre partes visa à prestação de serviços médico-hospitalares, tendo como objeto a proteção da saúde e da vida do Autor, e por essa razão se mostra abusiva a negativa de fornecimento do medicamento indicado no tratamento do Autor, posto que ameaça o próprio objeto do contrato, já que as suas cláusulas devem ser interpretadas de forma mais benéfica ao aderente. (art. 423 e 424 do Código Civil).

De se registrar ainda, que o rol de procedimentos da ANS, frise-se, é meramente exemplificativo/orientador, não se tratando de um rol taxativo, entendimento pacificado com a entrada em vigor da Lei 14.454/22, que permite o fornecimento de medicamento em ambiente domiciliar desde que possua indicação em Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas do SUS, como na hipótese dos autos

Assim, a cobertura contratual de medicamento, ainda que para uso em ambiente domiciliar, deve ser obrigatória em razão do seu caráter indispensável ao tratamento prescrito pelo médico assistente do Autor, a quem incumbe avaliar o melhor tratamento para a patologia que o acomete.

Entendimento contrário se traduziria em não cumprimento do objeto do contrato. Nesse sentido se pauta a jurisprudência do STJ, que entende ser abusiva a cláusula contratual que exclui o fornecimento do medicamento em ambiente domiciliar, absolutamente necessário ao tratamento do consumidor, conforme prescrição médica específica.

Por sua vez, dispõe a **Súmula 340 deste TJRJ**:

“Súmula 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.”

Sob esta ótica, a negativa de fornecimento de um medicamento essencial, seja por parte do Estado ou de um plano de saúde, pode ser considerada uma prática abusiva e contrária aos direitos do paciente.

Logo, a existência de limitações, além de desnaturar o próprio objeto do contrato, na medida em que é ínsita à natureza desse tipo de ajuste a cobertura de todos os procedimentos necessários para a manutenção e preservação da saúde e da vida do beneficiário, acaba por colocar o consumidor em situação de grande desvantagem.

Dessa feita, embora haja entendimento sufragado pelo STJ no sentido de que é possível o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas de direitos – desde que escritas com destaque que permita sua imediata e fácil compreensão – é considerada abusiva a norma contratual que exclua o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou cirúrgico indicado pelo médico que assiste o paciente, em relação à doença contratualmente coberta.

Faz-se mister ainda consignar que a Constituição Federal consagra do direito à vida e à saúde como direitos fundamentais de primeira e segunda dimensão, e por essa razão devem ser tutelados e garantidos com a máxima efetividade.

O que deve se ter em mente é que se está diante de Direito Fundamental e indissociável, com previsão na Lei Maior a fim de realizar o Direito Supralegal, que é a DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.

A propósito, as **Súmulas 210 e 338 do TJRJ**:

"Súmula 210: Para o deferimento da antecipação da tutela contrasseguro saúde, com vistas a autorizar internação, procedimento cirúrgico ou tratamento, permitidos pelo contrato, basta indicação médica, por escrito, de sua necessidade."

"Súmula 338: É abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde e a vida do segurado".

Verifica-se que o entendimento insculpido na **Súmula 210** deste Egrégio Tribunal reforça a responsabilidade estatal em garantir o direito à saúde, conforme previsto na Constituição Federal, assegurando que a falta de recursos financeiros não seja um obstáculo ao acesso a tratamentos essenciais.

Por outro lado, a **Súmula 338** do TJRJ amplia a proteção ao direito à saúde, permitindo que, em situações excepcionais, o fornecimento de medicamentos não registrados seja autorizado judicialmente, desde que demonstrada sua necessidade vital.

A correlação entre estas Súmulas evidencia a preocupação do Judiciário em assegurar o acesso a tratamentos indispensáveis, mesmo diante de obstáculos administrativos ou financeiros.

O risco de não fornecimento do medicamento pleiteado, portanto, não pode ser subestimado, pois representa uma ameaça direta à saúde e à vida do paciente.

A jurisprudência consolidada pelo TJRJ busca mitigar esses riscos, garantindo que o direito à saúde prevaleça sobre formalidades burocráticas, reafirmando o compromisso do Estado com a proteção da dignidade humana e a efetivação dos direitos fundamentais.

Cabe dizer que o Tribunal da Cidadania, sensível às situações vivenciadas pelos usuários dos planos de saúde, excetuou as hipóteses de fornecimento pelas operadoras de saúde de tratamentos não incorporados ao rol da ANS, afastando, pois, a taxatividade do aludido rol quando não houver, nesses casos de RISCO DE VIDA, demonstração da existência de outro tratamento mais eficaz.

Nessa linha de inteligência, vejamos a nova interpretação do STJ quando do exame dos **EREsp nº 1.886.929/SP** e **EREsp: 1889704/SP**:

“[...]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 ao Rol; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol; 4 - **não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do 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; (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 técnica 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.[...]"⁴

"[...] 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 ação tem o pedido mediato de obtenção da cobertura de tratamento multidisciplinar

⁴ EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022 - Grifou-se.

pelo método ABA (Applied Behavior Analysis) para autismo - reputado, nos embargos de divergência, não previsto no Rol da ANS -, sem limitação do número de sessões de terapia ocupacional e de fonoaudiologia. Em vista da superveniente mudança promovida pela ANS - Resolução n. 469/2021, que altera o Anexo II (Diretrizes de Utilização) da Resolução Normativa n. 465/2021 (vigente Rol da ANS), publicada em 12/7/2021 - e da própria manifestação da parte recorrente, na primeira sessão de julgamento, no sentido da subsequente perda do interesse recursal, há uma diretriz que tornou ilimitado o número de consultas com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para tratamento de autismo. Caso a operadora possua, em sua rede credenciada, profissional habilitado em determinada técnica ou determinado método, tal como a ABA, tal abordagem terapêutica poderá ser empregada pelo profissional no atendimento ao beneficiário, durante a realização dos procedimentos cobertos, como sessão de psicólogo e/ou terapeuta ocupacional (com diretriz de utilização) ou sessão com fonoaudiólogo. 13. Embargos de divergência a que se nega provimento.”⁵

Neste ponto, não se desconhece que o E. Superior Tribunal de Justiça, em recente decisão no julgamento dos recursos **EREsp 1886929** e **EREsp 1889704**, estabeleceu que o referido rol é taxativo, ocorrendo, porém, que a própria Corte fixou parâmetros para que, em situações excepcionais, as operadoras custeiem procedimentos não previstos na lista, tais como terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor.

Assim, correta a sentença ao condenar a apelante na obrigação de fornecer o medicamento prescrito, com a confirmação da tutela provisória de urgência deferida inicialmente, restando, portanto, totalmente desprovido o recurso da Ré.

⁵ STJ - EREsp: 1889704 SP 2020/0207060-5, Data de Julgamento: 08/06/2022, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 03/08/2022. Grifou-se.

Importante salientar a importância da inclusão do medicamento Vyndaquel (Tafamidis meglumina) no rol de procedimentos e eventos em saúde, bem como os impactos negativos de sua negação ao autor, que resultaria na necessidade de internação hospitalar para a administração do mesmo medicamento, gerando custos adicionais ao plano de saúde. Vejam-se os documentos contido nos ids. 19 e 20:

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

(RN 465/2021, vigente a partir de 01/04/2021, e suas alterações)

PROCEDIMENTO	RN (alteração)	VIGÊNCIA	OD	AMB	HCO	HSO	REF
ALFA-2-MACROGLOBULINA				AMB	HCO	HSO	REF
ALFA-FETOPROTEÍNA				AMB	HCO	HSO	REF
ALUMÍNIO				AMB	HCO	HSO	REF
AMILASE				AMB	HCO	HSO	REF
AMILASE TOTAL E PANCREÁTICA				AMB	HCO	HSO	REF
AMILOIDOSE - TTR				AMB	HCO	HSO	REF

29/10/2024, 08:06

ans.gov.br/KOL-web/pages/cobertura.xhtml

Verificar cobertura de plano

Cheque aqui se um determinado procedimento faz parte da cobertura assistencial que seu plano de saúde é obrigado a cobrir.

Segmentação

Procedimento

Cobertura

Procedimento selecionado:
AMILOIDOSE - TTR

Este procedimento é de cobertura obrigatória no tipo de plano informado.

Observação:
Note que a cobertura do procedimento pode depender de outros fatores, como data de contratação do plano, a preexistência da doença ou os prazos de carência.

O plano informado é da(s) segmentação(ões): Plano Ambulatorial. Conforme o **Rol de Procedimentos de Saúde** definido pela ANS o procedimento citado é coberto por planos dessa(s) segmentação(ões).
Ainda com dúvidas? Acesse nossa seção de **Central de atendimento**.

Termo na TUSS:
Amiloidose - TTR

voltar

É imperativo destacar o valor terapêutico do medicamento em questão, que é essencial para o tratamento contínuo e eficaz da **amiloiose cardíaca do tipo ATTR**, condição que acomete o Autor. Este medicamento tem como objetivo reduzir a mortalidade e a incidência de hospitalizações cardiovasculares, conforme destacado pelo médico assistente. Confira-se o contido no id. 64639342:



A propósito, a ausência deste tratamento pode levar a complicações graves, que não só afetam a saúde do paciente, mas também aumentam os custos com cuidados emergenciais e hospitalares.

Ademais, a inclusão do medicamento no rol de procedimentos é uma medida que visa garantir o acesso equitativo e contínuo aos tratamentos necessários.

Note-se que o rol de procedimentos é elaborado com base em critérios técnicos e científicos, visando atender às necessidades de saúde da população de forma abrangente e eficiente. Assim, a exclusão de medicamentos essenciais compromete a integralidade do atendimento e viola princípios fundamentais do direito à saúde.

Ao negar o fornecimento do medicamento ao Autor, o plano de saúde está, na prática, obrigando-o a se internar para receber o medicamento no hospital, que será, SIM, custeado pelo plano/operadora de saúde.

Esta situação é paradoxal, pois o custo da internação hospitalar, que inclui não apenas o medicamento, mas também os serviços médicos, de enfermagem e infraestrutura hospitalar, é significativamente superior ao custo do fornecimento ambulatorial do medicamento.

Além disso, a internação desnecessária expõe o paciente a riscos adicionais, como infecções hospitalares e complicações decorrentes de longos períodos de hospitalização. A prática de negar o medicamento e forçar a internação contraria os princípios de eficiência e economicidade que devem nortear a atuação das operadoras de saúde, resultando em um uso inadequado dos recursos disponíveis.

Por fim, é crucial ressaltar que a negativa de fornecimento do medicamento configura uma violação dos direitos do consumidor, conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor. O Autor tem direito ao tratamento adequado e contínuo, e a operadora de saúde tem o dever de garantir o acesso aos medicamentos necessários para a manutenção da saúde e bem-estar do paciente.

Nessa linha, infere-se que a inclusão do medicamento no rol de procedimentos é uma medida necessária e justificada, tanto do ponto de vista clínico quanto econômico.

Outrossim, negar o medicamento ao Autor não só compromete sua saúde, mas também resulta em custos adicionais para o sistema de saúde, configurando uma prática ineficiente e prejudicial.

Com relação à reparação moral, esta é devida quando é atingida a dignidade pessoal.

A pacífica jurisprudência deste Tribunal de Justiça, como também do Superior Tribunal de Justiça, tem o entendimento formado no sentido de que a recusa indevida de atendimento médico-hospitalar, por parte do plano de saúde, é suficiente para causar abalo e desconforto moral indenizável, consubstanciado em aflição e angústia, potencializando ainda mais os sentimento negativos, principalmente se levarmos em consideração que o paciente já se encontra naturalmente fragilizado pela evolução e gravidade da doença de que é portador.

No caso em exame, verifica-se a gritante falha no serviço prestado pela parte Ré, quando não autorizou o fornecimento do medicamento, restando configurado o dano moral “in re ipsa”, diante da angústia e a demora injustificada, cujo procedimento só ocorreu quando da decisão de antecipação de tutela nestes autos.

Aplicável a caso vertente a súmula nº 339 dessa E. Corte: "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."

Cabe, portanto, quantificar o valor do dano moral, sendo certo que a matéria é delicada, ficando sujeita à ponderação do julgador, que deve sempre observar os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, haja vista que, embora o art. 5º, inciso V, da Constituição da República tenha assegurado a indenização por dano moral, não estabeleceu os parâmetros para a fixação.

Também deve ser observado, para a fixação da verba, o poder econômico do ofensor, a condição econômica do ofendido, a gravidade da lesão e sua repercussão, não se podendo olvidar da moderação, para que não haja enriquecimento ilícito ou mesmo desprestígio ao caráter punitivo-pedagógico da indenização.

Ademais, tal montante deve ser revisto tão somente nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade e proporcionalidade.

Neste sentido a súmula nº 343 de ETJ:

“A verba indenizatória do dano moral somente será modificada se não atendidos pela sentença os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade na fixação do valor da condenação”

Nesse contexto e consoante os fatos apurados e provas coligidas aos autos, tem-se como adequada a verba compensatória no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) determinada pela sentença recorrida, pois não é teratológica e nem foge dos valores fixados nesta Corte, não sendo o caso de redução, pois não é excessivo, tampouco desproporcional.

Nesse sentido:

“APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO DE CONSUMO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO FAZER CUMULADA COM INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. AUTORA QUE APRESENTA **QUADRO CLÍNICO DE CARDIOMIOPATIA DILATADA. PLEITO DE CUSTEIO DO PROCEDIMENTO IMPLANTE DE CARDIOMODULADOR CARDÍACO. NEGATIVA COM FUNDAMENTO EXCLUSIVO NA FALTA DE PREVISÃO DO PROCEDIMENTO NO ROL DA ANS. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA QUE CONFIRMOU A TUTELA DE URGÊNCIA E CONDENOU A RÉ AO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS NO VALOR DE R\$ 15.000,00. RECURSO DA RÉ. LAUDO MÉDICO QUE ATESTA A NECESSIDADE DO TRATAMENTO, EXPÕE A BASE CIENTÍFICA PARA TANTO, O MÉTODO A SER UTILIZADO E OS INSUMOS E MATERIAIS CORRELATOS. TESE DEFENSIVA NO SENTIDO DE QUE NÃO ESTÁ OBRIGADA AO CUSTEIO DE TRATAMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. IMPOSSIBILIDADE DE EXCLUSÃO DO CUSTEIO DO TRATAMENTO DE DOENÇA COBERTA PELO PLANO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº. 340 DESTA EGRÉGIO TRIBUNAL. RECENTE DECISÃO DA COLETA 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. DECISÃO MERAMENTE PERSUASIVA, PROFERIDA POR MAIORIA DE**

VOTOS, QUE NÃO TEM O CONDÃO DE IMPOR A MODIFICAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA MAJORITÁRIA SOBRE A CARACTERÍSTICA EXEMPLIFICATIVA DO ROL DA AGÊNCIA REGULADORA. ADVENTO DA LEI Nº 14.454/22, QUE ALTERA A LEI Nº 9.656/1998, PERMITINDO A COBERTURA DE PROCEDIMENTOS OU TRATAMENTO DE SAÚDE NÃO INCLUÍDOS NO ROL DA ANS. IMPERIOSO CUSTEIO DO PROCEDIMENTO E DOS MATERIAIS REQUERIDOS. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. INTELIGÊNCIA DA SÚMULA N.º 339 DESTA EGRÉGIA CORTE. **REDUÇÃO AO MONTANTE DE R\$ 10.000,00.** OBSERVÂNCIA DOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE, ALÉM DOS PARÂMETROS DESTE EGRÉGIO TRIBUNAL EM CASOS ANÁLOGOS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.”⁶

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER c/c INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RESCISÃO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. **NECESSIDADE DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO.** FALTA DE OFERTA DE MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL. IMPOSSIBILIDADE DE RESCISÃO UNILATERAL. DANO MORAL CONFIGURADO. Rescisão de contrato de seguro saúde coletivo. Necessidade de se ofertar ao consumidor a contratação de plano individual compatível com o anterior, nos termos da Resolução 19 do CONSU do Ministério da Saúde, e do art. 13 da Resolução Normativa 254 da ANS. Além disso, ainda que se reconheça à operadora do plano de saúde o direito à rescisão do contrato coletivo ou empresarial, os segurados, idosos, sofrem de graves problemas de saúde e estão em **tratamento médico contínuo, que não pode ser interrompido.** Precedentes do STJ. Manutenção do plano de saúde que se impõe. **Dano moral configurado e indenizado razoavelmente em R\$ 10.000,00.** Recurso conhecido e não provido.”⁷

Dessa forma, a r. sentença não merece reforma.

⁶ TJ-RJ - APELAÇÃO: 0029353-06.2021.8.19.0209 202400106142, Rel. Des. FRANCISCO DE ASSIS PESSANHA FILHO, Data de Julgamento: 22/02/2024, DECIMA SEGUNDA CAMARA DE DIREITO PRIVADO, Data de Publicação: 23/02/2024. Grifou-se.

⁷ TJ-RJ - APL: 00552302420208190001, Rel. Des. ANTONIO ILOIZIO BARROS BASTOS, Data de Julgamento: 26/04/2022, QUARTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 29/04/2022. Grifou-se.



Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro
Décima Nona Câmara de Direito Privado



Diante do exposto, **VOTO** no sentido de **CONHECER** do recurso interposto e **NEGAR-LHE PROVIMENTO**, mantendo a sentença nos seus exatos termos.

Em cumprimento ao disposto no artigo 85, §11, do Código de Processo Civil, majoro o valor de honorários advocatícios fixados na r. sentença em 5% (dois por cento), totalizando 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação.

Preclusas as vias impugnativas e recursais, providencie a Secretaria a imediata expedição de certidão de trânsito em julgado e a respectiva e imediata baixa, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, sem necessidade de retorno dos autos a este Relator.

Local, data e assinatura lançados digitalmente.

ANDRÉ L. M. MARQUES
Desembargador Relator

