



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000266259

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1082978-71.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelada SALLETE DE FREITAS TOURIÑO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **estendido o julgamento, por maioria de votos dar parcial provimento ao recurso, declarando voto o segundo juiz**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), GIFFONI FERREIRA, CORRÊA PATIÑO, HERTHA HELENA DE OLIVEIRA E JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES.

São Paulo, 20 de março de 2025.

FERNANDO MARCONDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº 1082978-71.2024.8.26.0100

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelada: Sallete de Freitas Touriño

Comarca: São Paulo - 6ª Vara Cível do Foro Central

Magistrado de origem: Fábio Coimbra Junqueira

Voto nº 12358

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO NÃO ADAPTADO. TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. REEMBOLSO. DANOS MORAIS. PARCIAL PROVIMENTO.

I. CASO EM EXAME

1. Apelo interposto contra sentença que condenou operadora de saúde a fornecer tratamento médico com medicamento Eylea® (aflibercept) e reembolsar valores pagos por autora, além de indenização por danos morais.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em determinar a aplicabilidade da legislação consumerista a contratos de plano de saúde anteriores à Lei 9.656/98 e a validade da cláusula de exclusão de cobertura do tratamento prescrito, bem como a incidência de danos morais.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A legislação consumerista se aplica a contratos de plano de saúde anteriores à Lei 9.656/98 e que a ela não foram adaptados, conforme entendimento do STF e STJ.

4. Ausente cláusula, no contrato celebrado entre as partes, de exclusão de cobertura da patologia a qual acomete a autora, devendo ser custeado o tratamento prescrito e reembolsado o valor anteriormente dispendido.

5. Os danos morais são devidos, porém em valor inferior ao pleiteado pela autora, sob pena de enriquecimento ilícito.

IV. DISPOSITIVO E TESE

6. Recurso parcialmente provido.

Tese de julgamento: “1. A legislação consumerista se aplica a contratos de plano de saúde anteriores à Lei 9.656/98. 2. Inexistência de cláusula de exclusão de patologia gera o dever de autorizar e custear tratamento médico prescrito. 3. Danos morais devem ser arbitrados com razoabilidade e proporcionalidade.”

Legislação citada:

CF/88, arts. 5º e 6º; CDC, Lei 8.078/1990; CPC, art. 487, I; art. 85, § 2º.

Jurisprudência citada:

STF, RE nº 948.634/RS, Rel. Min. Ricardo Lewandowski.

STJ, Súmula 608; Tese 1059.

TJSP, Apelação Cível nº 1005861-86.2024.8.26.0008, Rel. Rui Porto Dias, j. 08.02.2025.

TJSP, Apelação Cível nº 1053472-24.2022.8.26.0002, Rel. Alcides Leopoldo, j. 03.04.2024.

1. Trata-se de apelo interposto contra r. sentença (fls. 151/156) que assim dispôs:

“Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido para o fim de condenar a requerida a fornecer à parte autora o medicamento 'Eylea, administrado por injeção intravítrea com anestesia tópica', conforme receita que acompanha o relatório médico, descrita no relatório médico de fls. 41-42, até que não seja mais necessário, hipótese que deverá ser declarada pelo(s) médico(s) especializado(s) que acompanham o paciente, sob pena de multa diária já fixada anteriormente na tutela de urgência que ora é confirmada. Eventual descumprimento da tutela de urgência consoante já noticiado, deve se dar mediante incidente próprio. Ponho fim à fase de conhecimento, com resolução de mérito, nos termos do art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil. Condene a ré ao pagamento integral de custas e despesas processuais, devidamente corrigidas desde o desembolso, bem como honorários advocatícios, que fixo em 10% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil.”

Embargos de declaração opostos pela autora (fls.

159/163), acolhidos para “na esteira daquilo já decidido na sentença é de se condenar a Ré em reembolsar a Autora o valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) com correção monetária e juros desde o desembolso, referente às injeções intravítreas de Eylia® (aflibercepte), já aplicadas, pagas particularmente pela Autora, conforme notas fiscais e recibos anexos (fls. 52-54; 73-74) e novo pagamento ocorrido no presente mês de agosto, consoante fls. 164”, assim como “para também condenar a ré na indenização de danos morais, arbitrados em R\$ 10.000,00, com correção monetária pela tabela prática do TJSP a partir desta data e juros de mora de 1% ao mês, contados da citação, além do valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) com correção monetária e juros desde o desembolso.” (fls. **166/167**).

A operadora de saúde recorre (fls. **170/199**), aduzindo, em síntese: (I) inaplicabilidade dos dispositivos da ANS ao caso, uma vez que o contrato de plano de saúde foi celebrado anteriormente à vigência da Lei 9.656/98 e não foi adaptado; (II) tal relação jurídica é regida pelas condições gerais anexas ao instrumento; (III) não há que falar em violação à legislação consumerista, posto que a apelada não faz jus a cobertura de qualquer tratamento não previsto em contrato, que é o pretendido na demanda; (IV) dessa forma, descabido reembolso integral do valor dispendido pelo apelado; (V) inexistência de danos morais, ou, subsidiariamente, redução do *quantum*. Contrarrazões (fls. **209/220**). Manifestação da apelada, requerendo o imediato cumprimento da r. sentença de procedência (fls. **225/229**).

É o relatório.

2. O recurso comporta parcial provimento.

De início, o requerimento de fls. **225/229** deve ser encaminhado ao Juízo *a quo* em incidente próprio.

Quanto à autorização/custeio do tratamento com o medicamento Eylea® (aflibercept)

Trata-se de ação indenizatória movida por SALLETE DE FREITAS TOURIÑO contra SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, sob alegação de que é beneficiária do plano de saúde da requerida desde 1991, tendo sido diagnosticada, em janeiro de 2024, com patologia rara – Membrana Neovascular Subrretiniana no olho direito –, o que reduz significativamente a acuidade visual, havendo risco de cegueira, com prescrição médica de tratamento com o medicamento Eylea® (aflibercept), através de injeções intravítreas mensais com anestesia tópica. Entretanto, a operadora de saúde se negou a custeá-lo, tendo a autora que arcar, até o ajuizamento da ação, com o pagamento das aplicações às suas expensas. Requereu a procedência do pedido, para condenar a requerida à autorização e custeio do fornecimento do medicamento em questão, além de reembolso do valor pago (R\$ 9.000,00), acrescido de danos morais (R\$ 10.000,00).

Pois bem.

Primeiramente, há que se ressaltar que, embora o Magistrado sentenciante tenha se referido à operadora de saúde como entidade de autogestão, verifica-se que tal assertiva não é verdadeira.

Assim, o contrato em análise, firmado antes da vigência da Lei nº 9.656/98, é regido pelas cláusulas contratuais firmadas pelo Código de Defesa do Consumidor, conforme o Tema 123¹ do STF e a Súmula 608² do STJ.

A incidência da legislação consumerista aos contratos de

¹ Aplicação de lei nova sobre plano de saúde aos contratos anteriormente firmados.

² Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

planos de saúde anteriores e não adaptados à Lei nº 9.656/98 foi expressamente admitida no julgamento do Recurso Extraordinário 948.634/RS, que aprovou o tema supramencionado, extraíndo-se do voto do relator, Ministro Ricardo Lewandowski, a seguinte passagem:

“Devo assentar, desse modo, que os contratos de planos de saúde firmados antes do advento da Lei 9.656/1998 podem ser considerados atos jurídicos perfeitos, e, como regra geral, estão blindados às mudanças supervenientes das regras vinculantes, ressalvada, como antes afirmei, a necessidade de proteção a outros direitos fundamentais, ou mesmo a indivíduo em situação de vulnerabilidade, o que deverá nortear a interpretação destes ajustes privados de prestação de serviços de saúde. Aliás, no que tange a partes contratuais em situação de hipossuficiência, muito antes da Lei 9.656/1998 já estava em vigor o Código de Defesa do Consumidor - CDC (Lei 8.078/1990), justamente para trazer luz a relações jurídicas com natureza consumerista.”

A operadora de saúde alega que o contrato celebrado entre as partes não prevê a cobertura do tratamento prescrito à segurada, razão pela qual não pode ser compelida a arcar com os custos que lhe são inerentes.

Os contratos de plano de saúde, por sua natureza, são de trato sucessivo, sujeitando-se a subseqüentes modificações por normas de ordem pública, de caráter imperativo, que regulam a matéria de modo amplo e se sobrepõe, conforme o caso, à vontade consubstanciada no instrumento celebrado anteriormente à sua edição, mormente quando ampliam a tutela protetiva que recai sobre direitos fundamentais e sociais de cunho constitucional, como a vida e a saúde (CF/88, arts. 5º e 6º).

A discussão posta nos autos não diz respeito à existência de relação jurídica entre as partes, ou ao adimplemento da autora no que diz respeito às contraprestações devidas à operadora pelos serviços prestados. Cumpre decidir, portanto, se prevalece ou não a negativa da ré, por ausência de previsão contratual, face ao direito perseguido pela autora na inicial (custeio de tratamento com o medicamento Eylea® - aflibercept, aplicado por injeções intravítreas).

Na hipótese, o tratamento prescrito pela médica assistente (**fls. 41/42**) é determinante para melhora do estado de saúde da apelada, pessoa idosa, que possui acuidade visual prejudicada em razão da moléstia, e que corre risco de cegueira caso não seja realizado o tratamento.

Observe-se que a "*Membrana Neovascular Subretiniana*" é patologia prevista no rol de cobertura obrigatória da ANS, e que a ré se insurge contra o medicamento prescrito, que possui registro na ANVISA. Trata-se, portanto, de limitação que impõe restrição excessiva que inviabiliza que o autor venha a fruir do próprio objeto do contrato, e é, portanto, nula de pleno direito: se está coberto o procedimento cirúrgico, coberto está o que necessário se revelar à sua consecução.

Nesse sentido:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE LIMINAR. Contrato de plano de saúde anterior à Lei 9.656/98 e não adaptado. Autora que padece de Degeneração Macular da Forma Exsudativa em Olho Esquerdo (CID H35.3) e necessita fazer uso do medicamento denominado Eylla. Negativa de cobertura sob a justificativa de que o contrato do autor não está regulamentado à Lei nº 9.656/98. Não há óbice à aplicação do CDC. Abusividade da recusa à luz do CDC. Recurso não

provido (...)” (Apelação Cível 1005861-86.2024.8.26.0008; Relator: Rui Porto Dias; Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma V (Direito Privado 1); j. 08/02/2025)

“PLANO DE SAÚDE – Recusa de aplicação de injeção intravítrea de Eylia (Aflibercept) necessário ao tratamento de Degeneração Macular relacionada à idade em ambos os olhos (...) Não excluindo o plano de saúde a doença, não podem ser excluídos os procedimentos, exames, materiais e medicamentos necessários ao tratamento (...) Aplicação do CDC aos contratos não adaptados - A Operadora não pode estabelecer o tratamento que a paciente deve se submeter para o alcance da cura ou melhora do seu bem estar, sobretudo pela ineficácia dos tratamentos anteriores, e porque não se responsabiliza pelos resultados adversos do tratamento que entende adequado, e, assim, não pode restringir aqueles que forem prescritos pelo médico assistente (...) Recurso desprovido.” (Apelação Cível 1053472-24.2022.8.26.0002; Relator: Alcides Leopoldo; 4ª Câmara de Direito Privado; j. 03/04/2024)

Neste contexto, considerando que a cláusula 9ª (fl. 28) não exclui expressamente o tratamento de que necessita a autora, a negativa de cobertura se revela abusiva, razão pela qual deve ser autorizado e custeado o tratamento e realizado o reembolso do valor despendido pela autora (fls. 51/54, 73 e 164).

Dos danos morais

A condenação por danos morais é, sem dúvida, justificada pela gravidade do comportamento da apelante. Contudo, ao analisar a quantificação requerida, observa-se que o montante de R\$ 10.000,00 é desproporcional, considerando os parâmetros adotados pela jurisprudência

para casos de atraso em tratamento médico e considerando as circunstâncias do caso em análise.

O valor pleiteado, embora tenha sua razão na gravidade do ato e no sofrimento ocasionado, ultrapassa a razoabilidade quando comparado com a prática habitual desta Câmara. A indenização por danos morais deve se pautar pela necessidade de compensar a vítima pelo abalo sofrido, mas sem ensejar enriquecimento sem causa.

Dessa forma, é razoável a redução do valor pleiteado e fixa-se em R\$ 8.000,00, quantia mais proporcional à situação, que não desconsidera a gravidade do caso e o impacto psicológico causado, mas que está em sintonia com os valores usualmente fixados para situações similares envolvendo planos de saúde. Esse valor não apenas resgata os princípios de proporcionalidade e razoabilidade, como também está em consonância com os parâmetros usados pela jurisprudência desta 2ª Câmara de Direito Privado, que, em situações de descumprimento de cobertura de tratamento médico, tem fixado valores de forma mais comedida, evitando, assim, excessos que possam levar ao enriquecimento sem causa.

Portanto, a r. sentença deve ser parcialmente reformada para julgar a ação parcialmente procedente. Sem alteração dos ônus sucumbenciais, pois a apelada decaiu tão somente no valor dos danos morais, o que não enseja sucumbência recíproca (Súmula 326 do STJ³).

Sem majoração, por tratar-se de entendimento esposado na recentíssima Tese 1059, aprovada em 09/11/2023 pelo C. Superior Tribunal de Justiça, sob a sistemática dos recursos repetitivos: *“A majoração dos honorários de sucumbência prevista no art. 85, § 11, do CPC pressupõe que o recurso tenha sido integralmente desprovido ou não conhecido pelo tribunal,*

³ Na ação de indenização por dano moral, a condenação em montante inferior ao postulado na inicial não implica sucumbência recíproca.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

monocraticamente ou pelo órgão colegiado competente. Não se aplica o art. 85, § 11, do CPC em caso de provimento total ou parcial do recurso, ainda que mínima a alteração do resultado do julgamento ou limitada a consectários da condenação”.

Por fim, considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dá-se por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

3. Ante o exposto, dá-se parcial provimento ao recurso, para reduzir o *quantum* a título de danos morais para R\$ 8.000,00.

Fernando Marcondes
Relator



Voto nº 51006/2025

Apelação Cível nº 1082978-71.2024.8.26.0100

Comarca: São Paulo

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelado: Sallete de Freitas Touriño

DECLARAÇÃO DE VOTO Nº 51006

Dirirjo da E. Relatoria: é nítida a inexistência do direito à cobertura do medicamento, pois que evidenciado seu USO DOMICILIAR, além de atendimento NÃO HOSPITALAR – e nem se cuida aqui de antineoplásico oral para uso além do Nosocômio, na forma de entendimento da ANS.

A AFECÇÃO INSTALADA NÃO SE CUIDA DE CÂNCER.

A doença apontada não dá direito à medicação buscada.

Ver o Art.10 VI da Lei nº 9.656/98 – que exclui fornecimento obrigatório de droga para uso domiciliar.

Não há falar-se na cobertura ilimitada proposta pelo E. Relator; não se vê amparo legal para o sugerido julgamento, porque não há como elevar os custos da Operadora com atendimento não contratado; por sinal, recentemente o Des. FERREIRA ALVES, desta Câmara, em Sessão Pública, desabafou: NÓS JÁ QUEBRAMOS A UNIMED PAULISTANA, E VAMOS QUEBRAR OUTRAS MAIS – malgrado ao depois haja revelado que a observação refletia outras opiniões.

Desta Câmara a recente decisão no feito 1059725-25-2022 que consagrou a inviabilidade de atendimento para medicamento de uso domiciliar.

No Voto nº 47.145 o Des. J.J. DOS SANTOS, desta Câmara, faz referência a Venerando Julgado do Magnífico SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, que reformou decisão desta Câmara e afastou cobertura para fármaco que combateria hepatite crônica – justamente pelo uso não hospitalar.

Ver também do mesmo Relator o Voto nº 50.384.

O Desembargador ALVARO PASSOS, também desta Câmara, negou o fármaco CANABIDIOL, em seu Voto nº 49.318 de março de 2025 – sob fundamento



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

justamente do uso domiciliar.

Desta Câmara o A.I. Nº 2059613-77 que, sob a insignificante relatoria do signatário, consagrou a inviabilidade de cobertura de medicamento de uso domiciliar, validada a exclusão contratual – ver Voto nº 45.146 a cujos termos aderiram as E. Juízas partícipes do julgamento, por V.U., na Sessão de 04.06.2024.

O Agravo de Instrumento nº 2053781, julgado nesta Câmara, por V.U., consagrou a inviabilidade de cobertura de fármaco de USO DOMICILIAR – OMNITROPE.

O Desembargador ALVARO PASSOS, desta Câmara, em seu recente Voto nº 47.262 de agosto de 2024 assentou que não fôra de ser deferido fármaco de uso domiciliar, fora dos casos previstos na Legislação.

Há que ser respeitada a prevalência do Contrato – que não contempla a modalidade; a decisão de Primeiro Grau encetou contrariedade à Legislação de regência, e aqui há que aplicar recente entendimento do Magnífico SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA:

MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR NÃO PODE RECEBER COBERTURA POR OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE – ver RESP nº 1.983.928-GO e AGINT.RESP 1.747.463-SP – e desta Câmara o R. Voto nº 43.838 do Des. J.J. DOS SANTOS.

Ver ainda o Rec. Espec. nº 1.959.202-CE, da 3ª Turma do SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA; desta Relação de S. Paulo inúmeros precedentes afastam a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos de uso domiciliar: ainda desta Câmara o precedente:

LÍCITA A EXCLUSÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO E INSUMOS PARA USO DOMICILIAR (A.I. nº 2206161-81).

Nesse sentido, decisão do Magnífico Superior Tribunal de Justiça:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE
SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO.
OPERADORA. NÃO OBRIGATORIEDADE.
ANTINEOPLÁSICO ORAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO.

LIMITAÇÃO LÍCITA. CONTRATO ACESSÓRIO DE MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS. POLÍTICA PÚBLICA. REMÉDIOS DE ALTO CUSTO. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME).

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Cinge-se a controvérsia a definir se medicamento de uso domiciliar (no caso, Viekira Pak, utilizado no tratamento de Hepatite-C), e não enquadrado como antineoplásico oral, é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde.

3. **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.** Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021).

4. Os medicamentos receitados por médicos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde.

5. As normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998.

Ademais, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova.

6. A previsão legal do art. 10, VI, da Lei nº

9.656/1998 não impede a oferta de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde (i) por liberalidade; (ii) por meio de previsão no contrato principal do próprio plano de saúde ou (iii) mediante contratação acessória de caráter facultativo, conforme regulamentação da RN nº 310/2012 da ANS.

7. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência farmacêutica está fortemente em atividade, existindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), garantindo o acesso de fármacos à população, inclusive os de alto custo, por meio de instrumentos como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

8. Recurso especial provido.

(REsp 1692938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/04/2021, DJE 04/05/2021).

Pleiteando por vênias, ante o avantajado tamanho desta divergência, transcrevo aqui, para reforçar a motivação, luminoso Voto do Des. J.J.DOS SANTOS, desta Câmara – que se adequa à espécie – conquanto exista notícia de que, ao depois, S.Exa. mudou o entendimento – mas as lições trazidas permanecem:

Voto nº 43838

Apelação Cível nº 1008144-68.2022.8.26.0100

Apelante/autor: Enrique Michaan Chalam

Advogados: Claudineia Jonhsson Freitas (Fls: 15/17) e outro

Apelada/ré: Bradesco Saúde S/A

Advogada: Alessandra Marques Martini (Fls: 57/117)

Origem: 20ª Vara Cível do Foro Central da Comarca da Capital

Juíza: Dra. Elaine Faria Evaristo

APELAÇÃO CÍVEL. Plano de saúde. Ação

de obrigação de fazer. Negativa de cobertura de medicamento para cardiopatia, ministrado em ambiente exclusivamente domiciliar.

Custeio pela operadora. Não obrigatoriedade. Modificação do entendimento que vinha sendo adotado por esta Câmara, de modo a adequá-lo ao entendimento do Superior Tribunal de Justiça, a partir do julgamento do REsp 1.692.938/SP. Precedentes. Sucumbência mantida. Recurso improvido.

Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença de fls. 187/192, que julgou improcedente a presente ação.

Inconformado, apela o autor as fls. 201/226, alegando, em suma, que a prescrição médica deve prevalecer. Bate-se pela obrigatoriedade da ré no custeio da medicação. Pugna pela procedência da ação e, subsidiariamente, pela redução do valor arbitrado a título de honorários sucumbenciais.

Contrarrazões às fls. 235/258.

É o relatório.

Presentes os requisitos, foi possível o juízo positivo de admissibilidade do recurso, razão pela qual processado, estando em condições de julgamento.

Alega o autor ser beneficiário de contrato de assistência médica e hospitalar que firmou junto à ré, na modalidade empresarial. Em razão de seus problemas cardíacos, buscou e recebeu atendimento de médico cardiologista, que

solicitou um tratamento imediato. Ocorre que a ré negou a cobertura do tratamento, sob alegação de que referido método não se encontra previsto no rol taxativo da ANS. Com isso, pleiteia que a ré garanta o tratamento mediante custeio e fornecimento da droga prescrita pelo médico (TAFAMIDIS MEGLUMINA – VYNDAQEL).

A r. sentença julgou improcedente a demanda.

Insurge-se o autor.

Pois bem.

Em que pese a difícil situação de saúde pela qual o autor está passando, com a qual esta Relatoria e Câmara se compadecem, o decisum não comporta reforma.

Ora, ressalvado entendimento anterior desta Relatoria no sentido da possibilidade de cobertura de fármaco de uso domiciliar, de rigor a adequação ao novo entendimento do C. STJ.

No ponto, a recente e reiterada orientação adotada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça a respeito desse tema modificou esse entendimento.

Nesse sentido:

“Entretanto, particularmente acerca dos medicamentos de uso em domicílio, é de se mencionar a recente orientação assentada pela eg. Terceira Turma deste Tribunal Superior por ocasião do julgamento do REsp 1.692.938/SP, que validou a exclusão de custeio dos fármacos em ambiente externo ao de unidade de saúde, exceto os antineoplásicos orais e de controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, a medicação assistida (home care) e os constantes do correspondente rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - Resolução Normativa 465, de 24/2/2021. Ressalvam-se as hipóteses de pagamento por

liberalidade da operadora ou por força de previsão no contrato principal ou acessório do plano de saúde. Nestes termos, a ementa do citado precedente: RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO. OPERADORA. NÃO OBRIGATORIEDADE. ANTINEOPLÁSICO ORAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO. LIMITAÇÃO LÍCITA. CONTRATO ACESSÓRIO DE MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS. POLÍTICA PÚBLICA. REMÉDIOS DE ALTO CUSTO. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME). 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos n.ºs 2 e 3/STJ). 2. Cinge-se a controvérsia a definir se medicamento de uso domiciliar (no caso, Viekira Pak, utilizado no tratamento de Hepatite-C), e não enquadrado como antineoplásico oral, é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde. 3. 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. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei n.º 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN n.º 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN n.º 465/2021). 4. Os medicamentos receitados por médicos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde. 5. As normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei n.º 9.656/1998. Ademais, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova. 6. A previsão legal do art. 10, VI, da Lei n.º 9.656/1998 não impede a oferta de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde (i) por liberalidade; (ii) por meio de previsão no contrato principal do próprio plano de saúde ou (iii) mediante contratação acessória de caráter facultativo, conforme regulamentação da RN n.º 310/2012 da ANS. 7. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência farmacêutica está fortemente em atividade, existindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), garantindo o acesso de fármacos à população, inclusive os de alto custo, por meio de instrumentos como a

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 8. Recurso especial provido. (REsp 1.692.938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 27/4/2021, DJe 4/5/2021). Recentemente, a Quarta Turma desta Corte, no julgamento do REsp nº 1.883.654/SP, de relatoria do Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, também se posicionou no sentido de ser lícita a exclusão de fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no rol da ANS para esse fim, alinhando ao entendimento já adotado pela Terceira Turma deste Tribunal Superior. O acórdão ficou assim ementado: RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR. MEDICAMENTO DE USODOMICILIAR. NÃO ENQUADRAMENTO COMO ANTINEOPLÁSICO, COMOMEDICAÇÃO ASSISTIDA (HOME CARE) NEM ESTÁ ENTRE OS INCLUÍDOS NO ROL DA ANS PARA ESSE FIM. COBERTURA LEGAL OBRIGATÓRIA. INEXISTÊNCIA. PRECEDENTE DA TERCEIRA TURMA. PRESERVAÇÃO DA TRIPARTIÇÃO DE PODERES. IMPRESCINDIBILIDADE. 1. "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. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021)" (REsp n. 1.692.938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/4/2021, DJe 4/5/2021). 2. Domiciliar, de acordo com a lei, refere-se a ambiente que, necessariamente, contrapõe-se a ambulatorial e a hospitalar, com o que se exclui da cobertura legal o fornecimento de medicamentos que, mesmo prescritos pelos profissionais da saúde e ministrados sob sua recomendação e responsabilidade, devam ser utilizados fora de ambulatório ou hospital. 3. O medicamento Tafamidis (Vyndaqel®), vindicado na demanda, embora esteja incorporado na lista de medicamentos do SUS desde antes do ajuizamento da ação, não se enquadra nos antineoplásicos orais (e correlacionados) ou como medicação assistida (home care), nem está entre os incluídos no rol da ANS para esse fim. 4.

Como ponderado em recente recurso repetitivo julgado pela Segunda Seção, REsp n. 1.755.866/SP, relator Ministro Marco Buzzi, a universalização da cobertura não pode ser imposta de modo completo e sem limites ao setor privado, porquanto, nos termos dos arts. 199 da Constituição Federal e 4º, § 1º, da Lei n. 8.080/1990, a assistência à saúde de iniciativa privada é exercida em caráter complementar, sendo certo que a previsão dos riscos cobertos, assim como a exclusão de outros, é inerente aos contratos a envolver a saúde suplementar. Isso obedece à lógica atuarial, pois, quanto mais riscos forem cobertos, mais elevada será a contraprestação pecuniária paga pela parte aderente. 5. A saúde suplementar cumpre propósitos traçados em regras legais e infralegais. Assimsendo, não se limita ao tratamento de enfermidades, mas também atua na relevante prevenção, não estando o Judiciário legitimado e aparelhado para interferir, em violação da tripartição de Poderes, nas políticas públicas. 6. Recurso especial provido para restabelecimento do decidido na sentença. (REsp 1.883.654/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Quarta Turma, DJe 2/8/2021) No caso dos autos, o TJRS consignou expressamente que os medicamentos requeridos pela autora são para tratamento de Trombofilia Adquirida - Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo - SAAF, não se enquadrando como medicamento neoplásicos. Dessa forma, forçoso concluir que a solução jurídica esposada pelo TJRS, no sentido de obrigar a operadora do plano de saúde ao fornecimento dos medicamentos em testilha, encontra-se em desacordo com o entendimento consolidado nesta Corte Superior, merecendo, portanto, reparos. Nessas condições, DOU PROVIMENTO ao recurso especial para julgar improcedentes os pedidos iniciais” (RESP nº 2013134-RS, Relator Ministro MOURA RIBEIRO, 01/08/2022);

“PROCESSUAL CIVIL. CONTRATOS. AGRAVOINTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. LEGALIDADE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. NÃOANTINEOPLÁSICO. MEDICAÇÃO NÃO ASSISTIDA. FÁRMACO AUSENTE DOROL DA ANS. REEXAME DE CONTEÚDO FÁTICO-PROBATÓRIO. INADMISSIBILIDADE. DECISÃO MANTIDA. 1. De acordo com a jurisprudência desta Corte, “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. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021)" (REsp 1.692.938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/4/2021, DJe 4/5/2021). 2. Agravo interno a que se nega provimento" (AgInt no REsp n. 1.983.508/RS, relator Ministro ANTONIOCARLOS FERREIRA, Quarta Turma, julgado em 16/5/2022, DJe de 19/5/2022);

“AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO. OPERADORA. NÃO OBRIGATORIEDADE. ANTINEOPLÁSICO ORAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO. LIMITAÇÃO LÍCITA. CONTRATO ACESSÓRIO DE MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS. POLÍTICA PÚBLICA. REMÉDIOS DE ALTO CUSTO. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME). 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021). 3. A medicação intravenosa ou injetável que necessite de supervisão direta de profissional habilitado em saúde não é considerada como tratamento domiciliar (é de uso ambulatorial ou espécie de medicação assistida). 4. Os medicamentos receitados por médicos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde. 5. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

assistência farmacêutica está fortemente ematividade, existindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), garantindo o acesso de fármacos à população, inclusive os de alto custo, por meio de instrumentos como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 6. Agravo interno não provido” (AgInt no REsp n. 1.747.463/SP, relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 14/3/2022, DJe de 18/3/2022);

“EMENTA RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO. FÁRMACO DE USO DOMICILIAR. NÃO OBRIGATORIEDADE. ENTENDIMENTO EM HARMONIA COM O STJ. RECURSO IMPROVIDO” (RESP nº 1983928 GO, Ministro MARCOAURÉLIO BELLIZZE, 01/08/2022)

Nesta linha de consideração, por se tratar de medicamento de uso exclusivamente domiciliar (não ambulatorial e hospitalar) impõe-se a manutenção da r. sentença, com adoção do entendimento atual do Colendo Superior Tribunal de Justiça.

Pelo exposto, nega-se provimento ao recurso.

JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS

ROGATA VENIA, direito à vida é uma grandeza – e burla ao Contrato, transformado em verdadeira inutilidade, é outra.

Alfim, o Contrato não foi adaptado – outro motivo para desgabar o pretendido, e isso sem falar na concessão do malsinado dano moral – imposto injustamente contra quem apenasmente cumpriu o pactuado.

REPETINDO: pelos motivos suso alinhavados, DIVERGIA DO RELATOR, e havia por DEFERIR PROVIMENTO ao recurso, absolvida a Operadora



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

da cobertura, invertida a sucumbência.

SINE IRA ET STUDIO.

L. B. Giffoni Ferreira



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Este documento é cópia do original que recebeu as seguintes assinaturas digitais:

Pg. inicial	Pg. final	Categoria	Nome do assinante	Confirmação
1	10	Acórdãos Eletrônicos	FERNANDO FLORIDO MARCONDES	29FDD258
11	22	Declarações de Votos	LUIZ BEETHOVEN GIFFONI FERREIRA	29FF6BCE

Para conferir o original acesse o site:

<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/sg/abrirConferenciaDocumento.do>, informando o processo 1082978-71.2024.8.26.0100 e o código de confirmação da tabela acima.