



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000290481

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1052123-12.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante BRADESCO SEGUROS S/A, é apelada REGINA MARA MENDES DE MORAES PASTORE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente sem voto), SILVÉRIO DA SILVA E CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER.

São Paulo, 26 de março de 2025.

PEDRO DE ALCÂNTARA DA SILVA LEME FILHO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação nº: 1052123-12.2024.8.26.0100
Apelante: Bradesco Seguros S/A
Apelado: Regina Mara Mendes de Moraes Pastore
Comarca: São Paulo - 20ª Vara Cível
1ª Instância: 1052123-12.2024.8.26.0100
Juiz: Elaine Faria Evaristo

Voto nº 43.211

EMENTA. Apelação cível. Ação de obrigação de fazer c.c. reembolso de despesas médicas. Sentença de parcial procedência. Recurso da ré. Descabimento. Negativa de cobertura do medicamento esketamina (Spravato) para tratamento de transtorno depressivo resistente (CID F33.2). Abusividade configurada. Rol da ANS como referência mínima. Lei nº 14.454/2022. Prescrição médica devidamente fundamentada. Ingerência indevida da operadora na relação médico-paciente. Dever de custeio e reembolso integral dos valores pagos. Aplicação do CDC. Sentença mantida. Recurso desprovido.

Apelação interposta contra a sentença de fls. 333/336, cujo relatório se adota, que julgou parcialmente procedente a ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais movida por Regina Mara Mendes de Moraes Pastore em face de Bradesco Seguros S/A, determinando que a operadora forneça a medicação Esketamina (Spravato) para o tratamento de transtorno depressivo resistente (CID F33.2) e reembolse os valores já pagos pela autora no montante de R\$33.500,00, tornando definitiva a tutela de urgência concedida.

A ré pugna pela reforma da sentença pelas razões de fls. 339/362, alegando, em síntese, (i) ausência de obrigação contratual

para custear a medicação, pois o CID F33.2 não está incluído na DUT 109 da ANS, que rege a cobertura para hospital-dia psiquiátrico; (ii) rol da ANS tem natureza taxativa e o medicamento não consta da listagem de cobertura obrigatória; (iii) a Lei nº 9.656/1998, em seu artigo 10, inciso VI, não obriga a cobertura de medicamentos para tratamento domiciliar ou ambulatorial, salvo exceções previstas para tratamentos oncológicos; (iv) o reembolso, se devido, deveria ser limitado aos múltiplos contratuais.

Recurso tempestivo e respondido (fls. 374/401).

É o relatório em sede recursal.

O recurso não comporta provimento.

A controvérsia recursal cinge-se à obrigatoriedade de cobertura do medicamento Esketamina (Spravato) pelo plano de saúde da apelante, utilizado no tratamento do transtorno depressivo resistente (CID F33.2).

Prevalência da Prescrição Médica sobre Limitações Contratuais

O tratamento foi devidamente prescrito pelo médico assistente da autora, com indicação expressa da ineficácia de terapias convencionais e comprovação científica de eficácia do medicamento.

No ordenamento jurídico brasileiro, a prescrição médica é o principal parâmetro para a definição da necessidade de um tratamento, cabendo ao profissional de saúde responsável pelo paciente determinar o melhor curso terapêutico.

Ao plano de saúde não cabe substituir-se ao médico assistente, impondo limitações administrativas para restringir o tratamento essencial ao beneficiário. Caso contrário, haveria indevida

interferência da operadora na relação médico-paciente, prática vedada pelo Código de Defesa do Consumidor e pelo princípio da boa-fé objetiva na execução dos contratos.

Rol da ANS como Referência Mínima – Lei nº 14.454/2022

A apelante fundamenta sua negativa na taxatividade do rol da ANS, tese que não se sustenta diante da evolução legislativa sobre o tema.

A Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998), estabelece que o rol da ANS deve ser considerado como referência mínima de cobertura, e não como uma lista exaustiva e restritiva.

O §13 do artigo 10 da referida lei prevê que tratamentos não listados no rol devem ser cobertos pelo plano de saúde desde que: (i) haja comprovação científica de eficácia, ou (ii) haja recomendação de órgãos de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional, como a FDA (Estados Unidos) e a EMA (União Europeia).

No caso concreto, a documentação médica anexada aos autos demonstra a necessidade e a eficácia do Spravato para o transtorno depressivo resistente (fls. 82/83), preenchendo os requisitos legais para a cobertura obrigatória.

A negativa da operadora, baseada exclusivamente na ausência da medicação no rol da ANS, vai de encontro à legislação vigente e à interpretação atual sobre o tema, que busca assegurar aos consumidores o direito ao tratamento adequado, desde que haja respaldo técnico-científico.

Sobre o tema, jurisprudência pacífica deste E. Tribunal de Justiça:

Apelação Cível 1086573-15.2023.8.26.0100 - DIREITO À SAÚDE. APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO COM CETAMINA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. I. Caso em exame – Inconformismo lançado pela OPS contra a sentença que julgou procedentes os pedidos iniciais, tornando definitiva a antecipação de tutela. A ré/apelante alega que o medicamento não possui indicação para o tratamento da apelada, questionando a eficácia da medicação e a obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos "off label". II. Questão em discussão – Consiste em saber se é obrigatória a cobertura do tratamento com cetamina/escetamina pelo plano de saúde, considerando a alegação de que se trata de prescrição "off label". III. Razões de decidir – Descabida a pretensão da apelante, dado que a apelada apresenta quadro grave de transtorno depressivo, com prescrição médica para o uso do medicamento em questão. O contrato deve ser analisado à luz do Código de Defesa do Consumidor, sendo abusiva a negativa de cobertura quando há indicação médica. A negativa da ré afronta os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato. A jurisprudência deste E. TJSP confirma a obrigatoriedade de cobertura para tratamentos com medicamentos off label, como no presente caso, quando há evidência de eficácia. IV. Dispositivo – Recurso desprovido (TJSP; Relator (a): JOSÉ CARLOS

FERREIRA ALVES; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 42ª Vara Cível; Data do Julgamento: 29/11/2024; Data de Registro: 29/11/2024).

Apelação Cível 1036287-57.2023.8.26.0577 -

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – Pretensão de custeio de tratamento com sessões de infusão de cetamina, indicado em razão do diagnóstico de depressão grave recorrente, com ideação suicida, e indenização por danos materiais e morais – Sentença de parcial procedência – Insurgência da ré – Rejeição – Prescrição médica – Abusividade da negativa – Doença com cobertura contratual – Impossibilidade da ingerência da operadora na atividade médica – Comprovação científica de eficácia e recomendação do fármaco por órgãos de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional (FDA e EMA) verificados – Preenchimento dos requisitos previstos nos incisos I e II do § 13 do artigo 10 da Lei nº 9.656/98, incluídos pela Lei nº 14.454/22 – Precedentes deste Núcleo de Justiça 4.0 – Desembolso comprovado pela juntada das notas fiscais – Precedentes – Sentença mantida – Negaram provimento ao recurso (TJSP; Relator (a): ALEXANDRE COELHO; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma I (Direito Privado 1); Foro de São José dos Campos - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/08/2024; Data de Registro: 30/08/2024).

Apelação Cível 1125198-55.2022.8.26.0100 - PLANO

DE SAÚDE. Sentença que julgou parcial procedente o pleito autoral, condenando a ré à cobertura total do tratamento com o medicamento cetamina. RECURSO DA RÉ. Preliminar de não conhecimento em razão da ofensa ao princípio da dialeticidade rejeitada. Mérito. Pacto firmado antes da Lei nº 9.656/98. Contrato não adaptado. Incidência do Tema 123 do STF. Aplicabilidade, contudo, do Código de Defesa do Consumidor. Negativa de cobertura que viola as disposições consumeristas, esvaziando o objeto contratual. Escolha do tratamento adequado que deve ser feita pelo Corpo clínico que assiste à beneficiária e não pelo Plano de saúde. Situação de exceção ao Rol da ANS, nos termos da Lei 14.545/22. Dever de cobertura presente. RECURSO NÃO PROVIDO. HONORÁRIOS majorados para 15% do valor da causa, haja vista o disposto no art. 85, §11, do CPC (TJSP; Relator (a): JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 11ª Vara Cível; Data do Julgamento: 15/12/2023; Data de Registro: 18/12/2023).

Abusividade da Recusa e Aplicação do Código de Defesa do Consumidor

A relação entre os beneficiários e os planos de saúde é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, sendo abusivas as cláusulas que limitam ou excluem indevidamente a cobertura de tratamentos essenciais à saúde do contratante.

O artigo 51 do CDC dispõe que são nulas de pleno

direito cláusulas contratuais que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada ou que sejam incompatíveis com a boa-fé e a equidade.

A negativa da operadora compromete a finalidade essencial do contrato de plano de saúde, que é garantir assistência médica eficaz ao segurado.

Dessa forma, ao negar cobertura sem apresentar justificativa científica ou terapêutica adequada, a operadora pratica conduta abusiva, devendo ser mantida a condenação imposta na sentença.

Dever de Reembolso Integral das Despesas Médicas

A apelante requer limitação do reembolso aos múltiplos contratuais, argumento que não merece acolhimento.

No entanto, quando há negativa indevida de cobertura, o reembolso deve ser integral, pois o beneficiário foi compelido a custear o próprio tratamento em razão da conduta abusiva do plano de saúde.

A limitação do reembolso com base em valores contratuais somente seria admissível se a operadora tivesse fornecido a cobertura desde o início, o que não ocorreu no presente caso.

Assim, correta a condenação da operadora ao reembolso total do valor de R\$33.500,00, com correção monetária desde o desembolso e juros moratórios a partir da citação.

E outros fundamentos são dispensáveis diante da adoção integral dos que foram deduzidos na r. sentença, e aqui expressamente adotados, para evitar inútil e desnecessária repetição (art.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

252 do RITJSP).

Por fim, nos termos do §11 do art. 85 do Código de Processo Civil, considerando o desprovimento do recurso interposto, majoro os honorários advocatícios para 15% sobre o valor da condenação.

Ante o exposto, meu voto nega provimento ao recurso.

Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho
Relator