



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro:2025.0000304958

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos destes autos do Apelação Cível nº 1015980-27.2024.8.26.0196, da Comarca Franca, em que é apelante HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A, são apelados MARCOS WILSON FERREIRA e ALBA REGINA FERRANTE E FERREIRA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 3ª 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 do Exmos. Desembargadores JOÃO PAZINE NETO (Presidente), DONEGÁ MORANDINI E VIVIANI NICOLAU.

São Paulo, 28 de março de 2025

JOÃO PAZINE NETO

RELATOR

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível Nº 1015980-27.2024.8.26.0196

Comarca: Franca

Apelante: Hapvida Assistência Médica S/A

Apelados: Marcos Wilson Ferreira e Alba Regina Ferrante e Ferreira

Juíza sentenciante: Julieta Maria Passeri de Souza

Voto nº 42.299

Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde. Negativa de cobertura ao custeio do medicamento “Apalutamida – 240mg” (Erleada). Autor que é portador de “Neoplasia Maligna de Próstata”. Relatório médico que afirma a necessidade de realização do tratamento, para controle da progressão da doença. Recusa injustificada. Medicamento que tem registro perante a Anvisa, mas não preencheria a DUT em relação ao tratamento ministrado. Operadora do plano de saúde que é legalmente obrigada ao fornecimento de medicamentos da classe dos antineoplásicos (art. 10, II, 'g', e IV, da Lei 9.656/98). Litigância de má-fé não caracterizada. Sentença de procedência mantida. Honorários sucumbenciais majorados para 20% do valor da causa (art. 85, § 11, do CPC). Recurso não provido.

Trata-se de ação de obrigação de fazer, julgada procedente pela r. sentença de págs. 261/265, cujo relatório adoto, complementada pela r. decisão de pág. 280, para confirmar a tutela deferida (págs. 105/108) e condenar a Ré a fornecer ao Autor o tratamento com o medicamento Erleada (Apalutamida) – 240mg, conforme prescrição médica de págs. 69/70, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, limitada a R\$ 25.000,00. Em razão da sucumbência, condenou a Ré a pagar as custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios em favor do patrono do Autor, estes arbitrados em 10% sobre o valor da causa, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC.

1015980-27.2024.8.26.0196

Voto nº 42.299

Apela a Ré (págs. 448/465) para alegar, em síntese, que o Autor não faz jus ao benefício da Justiça gratuita, restando, portanto, impugnado o benefício. Refere que o medicamento pleiteado pelo Autor é de uso experimental, ou seja, “off label”, portanto, excluído da cobertura. Tece considerações acerca da ausência do direito pleiteado. Esclarece que, conforme registros em sistema, o paciente possui câncer de próstata com metástase lifonodal, sem apresentar laudos de exames que identifiquem metástases em qualquer outro sítio, inclusive ósseo, o que diverge dos critérios de elegibilidade do estudo supracitado. Reitera que, neste cenário, a medicação prescrita não tem cobertura contratual, conforme disposto na RN nº 465 da ANS. Afirma que não pode ser compelida a fornecer qualquer tratamento pelo tempo e quantidade necessários para o restabelecimento da saúde do Autor, dado que cada solicitação é avaliada individualmente, de acordo com as normas estabelecidas pela ANS. Informa que os planos de saúde seguem uma cobertura mínima obrigatória determinada pela ANS, e é essencial verificar se o procedimento solicitado está incluído na lista de procedimentos obrigatórios estipulados. Assevera que não pode ser responsabilizada pelas consequências clínicas da utilização da medicação para tratamento não aprovado, conforme determina o próprio Ministério da Saúde, sendo responsabilidade exclusiva do médico. Repisa que a própria ANS permite a exclusão de cobertura para tratamentos considerados experimentais, o que legitima sua conduta. Enuncia que a existência de pedido médico em si, não é suficiente a ensejar o custeio do medicamento pleiteado, daquele que não há previsão de cobertura obrigatória pela ANS. Colaciona alguns julgados acerca de seu entendimento. Reitera que, ante à inexistência de comprovação de que o Autor preencha os requisitos constantes na bula do medicamento, não há outra conclusão senão de que o tratamento é experimental, ou seja, pretende utilizar o medicamento em condições diversas daquelas estabelecidas como seguras e indicadas na bula. Refere que se trata de uso não aprovado do medicamento, ou seja, o tratamento pretendido pelo Autor não é o indicado para sua patologia. Tece considerações acerca das determinações da ANS e seu rol taxativo, segundo entendimento do C. STJ. Argumenta que o pedido médico, por si só, não é suficiente a ensejar o custeio de procedimentos, tratamentos e exames para os quais não existe

previsão de cobertura obrigatória pela ANS ou estão em desacordo com critérios necessários para a utilização. Repisa que não se trata de mera negativa de cobertura em desrespeito ao consumidor, mas sim observância aos limites de cobertura e deveres impostos às Operadoras de saúde. Busca seja afastada sua condenação. Pugna pela improcedência da ação.

Recurso recebido e processado (pág. 469). Preparo anotado (págs. 466/467). Contrarrazões ofertadas (págs. 472/492), com preliminar de ofensa ao princípio da dialeticidade, pedido para condenação da Ré às penas por litigância de má-fé e formulado prequestionamento.

É o relatório.

A r. sentença de págs. 261/265, complementada pela r. decisão de pag. 280, não comporta reparos.

De início, não há nada para impugnar acerca de suposta Justiça gratuita deferida ao Autor, uma vez que ele não é beneficiário da gratuidade, pois sequer a requereu, tendo recolhido a taxa judiciária pertinente.

Igualmente não se deve falar em irregularidade formal, por ofensa ao princípio da dialeticidade, como arguido em contrarrazões pelo Autor, uma vez que os argumentos deduzidos demonstram a insurgência, de forma suficiente a devolver a este Tribunal a análise da questão.

Trata-se de ação de obrigação de fazer, na qual argumenta o Autor que mantém contrato de seguro saúde com a Ré e necessita da realização do tratamento indicado na inicial. Pretendeu a condenação da Ré ao custeio total do medicamento “Apalutamida – 240mg” (Erleada), de uso contínuo e por prazo indeterminado, nos termos do relatório médico acostado (págs. 69/70), para tratamento de “Neoplasia maligna de próstata” - metastática, o que foi negado pela Ré, sob

alegação de ausência de cobertura contratual para medicamento que não preenche as Diretrizes de Utilização da ANS e de uso experimental, ou seja, excluído do rol da ANS, portanto, da cobertura contratual.

Na hipótese em exame, restou incontroverso ser o Autor portador de “Neoplasia maligna de próstata”, com metástase para gânglios obturatória, mesorretais e retais superiores, de modo que necessita do tratamento indicado pelo médico (págs. 69/70).

A finalidade do contrato em questão e a aplicação do princípio da boa-fé objetiva, com sustento no artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor e no artigo 422 do Código Civil, permitem o reconhecimento de que a recusa foi injusta e a cláusula contratual redigida de forma genérica não pode ser considerada válida para afastar a cobertura de tratamento, procedimento ou realização de exames, uma vez que a natureza do contrato autoriza a aplicação da legislação consumerista.

Nem mesmo a alegação de desrespeito ao equilíbrio contratual poderia justificar a aplicação da cláusula de exclusão de tratamento adequado à doença cuja cobertura é expressamente prevista, pois, ao conceder cobertura à doença, impossível o afastamento do tratamento necessário, enquanto a doença se encontra satisfatoriamente demonstrada.

Desse modo, por existir previsão de cobertura para a doença que o paciente apresenta, é justa a sua expectativa de cobertura para o tratamento médico que lhe for recomendado, ainda mais por se tratar de medicamento quimioterápico, de cobertura obrigatória, segundo legislação específica (art. 10, II, 'g', e IV da Lei 9.656/98).

A Ré fundamenta sua recusa ao fato de não estar o medicamento inserido no rol da ANS, contudo, não infirma a questão de o medicamento estar aprovado pela Anvisa e ter utilização descrita em bula para câncer de próstata **não** metastático (págs. 71/91).

Pode-se afirmar que o Autor contratou o plano de saúde com o objetivo de garantir a cobertura de custos e despesas correspondentes à assistência médica. Ficou comprovada a necessidade do Autor de realizar o tratamento prescrito, diante de indicação do médico que o assiste (págs. 69/70), razão pela qual não competia à Operadora discutir sobre a necessidade e/ou adequação do tratamento ou não. Sob esse aspecto, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça:

“Direito civil. Contrato de seguro em grupo de assistência médico-hospitalar, individual e familiar. Transplante de órgãos. Rejeição do primeiro órgão. Novo transplante. Cláusula excludente. Invalidade. - O objetivo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto, desde que esteja prevista contratualmente a cobertura referente à determinada patologia; a seguradora se obriga a indenizar o segurado pelos custos com o tratamento adequado desde que sobrevenha a doença, sendo esta a finalidade fundamental do seguro-saúde. - Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor. - Além de ferir o fim primordial do contrato de seguro-saúde, a cláusula restritiva de cobertura de transplante de órgãos acarreta desvantagem exagerada ao segurado, que celebra o pacto justamente ante a imprevisibilidade da doença que poderá acometê-lo e, por recear não ter acesso ao procedimento médico necessário para curar-se, assegura-se contra tais riscos. - Cercar o limite da evolução de uma doença é o mesmo que afrontar a natureza e ferir, de morte, a pessoa que imaginou estar segura com seu contrato de “seguro-saúde”; se a ninguém é dado prever se um dia será acometido de grave enfermidade, muito menos é permitido saber se a doença, já instalada e galopante, deixará de avançar para a o momento em que se tornar necessário procedimento médico ou

cirúrgico que não é coberto pelo seguro médico-hospitalar contratado. - A negativa de cobertura de transplante – apontado pelos médicos como essencial para salvar a vida do paciente – , sob alegação de estar previamente excluído do contrato, deixa o segurado à mercê da onerosidade excessiva perpetrada pela seguradora, por meio de abusividade em cláusula contratual. - A saúde é um direito social constitucionalmente assegurado a todos, cuja premissa daqueles que prestam tal assistência, deve ser a redução de riscos de doenças, para a sua promoção, proteção e recuperação, seja no plano privado, seja na esfera da administração pública. - O interesse patrimonial da seguradora de obtenção de lucro, deve ser resguardado, por se tratar de um direito que lhe assiste, desde que devidamente prestado o serviço ao qual se obrigou, isto é, desde que receba o segurado o tratamento adequado com o procedimento médico ou cirúrgico necessário, que possibilite a garantia da saúde por inteiro, prestado de forma eficiente, integral e com qualidade, conforme assumido contratualmente e estabelecido constitucionalmente. - Assegura-se o lucro, desde que assumidos os riscos inerentes à tutela da saúde, tais como expostos na Constituição Federal, que não podem ficar somente a cargo do consumidor-segurado; fatiar a doença, ademais, não é o modo mais correto para obtenção de lucro. - Com vistas à necessidade de se conferir maior efetividade ao direito integral à cobertura de proteção à saúde – por meio do acesso ao tratamento médico-hospitalar necessário –, deve ser invalidada a cláusula de exclusão de transplante do contrato de seguro-saúde, notadamente ante a peculiaridade de ter sido, o segurado, submetido a tratamento complexo, que incluía a probabilidade – e não a certeza – da necessidade do transplante, procedimento que, ademais, foi utilizado para salvar-lhe a vida, bem mais elevado no plano não só jurídico, como também metajurídico. Recurso especial conhecido, mas, não provido” (REsp 1053810/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 17/12/2009, DJE 15/03/2010 – nossos os sublinhados).



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Desse modo, por existir previsão de cobertura para a doença que o paciente apresenta, é justa a sua expectativa de cobertura para o tratamento que lhe for recomendado, inclusive em observância ao recentemente decidido pelo STJ, em sua Segunda Seção, na análise do EREsp 1.889.704, item 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”*.

Como se verifica da solicitação médica em que prescrito o medicamento, o estágio da doença do Autor é avançado, com indicação para início do tratamento com urgência e o uso do medicamento prescrito “Apalutamida – 240mg”, visa trazer uma melhora para o quadro apresentado (págs. 69/70). Patente a necessidade do medicamento, para o correto direcionamento do tratamento a que está sendo submetido o Autor. Desse modo, é ilegítima a negativa da Ré em arcar com o respectivo custeio, sob pena de caracterizar violação ao direito fundamental à saúde, à vida e ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana.

Ressalte-se, mais uma vez, que a necessidade ou não de realização do tratamento pelo Autor, é questão técnico-médica, que se insere exclusivamente no âmbito de responsabilidade do médico que o prescreveu, sob pena de infringir o Código de Ética Profissional (Resolução nº 1.146, de 09.01.88 do Conselho Federal de Medicina).

Cumpra esclarecer por fim que a própria Apelante afirma estar o tratamento para a doença que acomete o Autor previsto no rol da ANS, no entanto o medicamento prescrito não estaria inserido no mencionado rol. Contudo, tal afirmativa extrapola os limites técnico-médico, como acima referido e também pode ser afastada, observadas as exceções dispostas no recente julgado, realizado pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em sede de Embargos de Divergência em Recurso Especial (EREsp 1889704/SP), como também já mencionado acima: *“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”.

Nesses termos, correta a r. sentença, ao enunciar (pág. 264): “Evidente, portanto, o caráter exemplificativo do rol de procedimento da ANS. Por óbvio que se deve priorizar a observância da referida tabela, contudo, em situações excepcionais, não se pode negar a disponibilização do tratamento especificamente prescrito ao paciente. O rol não é taxativo. Assim, comprovadas a necessidade da utilização do medicamento e a urgência do tratamento, de rigor a condenação da ré em fornecer o tratamento o autor”.

A obrigação de custeio foi, portanto, bem imposta à Ré, como, aliás, já reconhecido, quando deferida a tutela antecipada (págs. 105/108), mantida em grau recursal, por esta Relatoria (AI nº 2230722-62.2024.8.26.0000).

Verifica-se, portanto, que a r. sentença atacada analisou de forma correta as questões suscitadas, com adequada fundamentação jurídica à hipótese



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

em exame, além de bem avaliar o conjunto probatório. Qualquer outro acréscimo que se faça aos seus bem lançados fundamentos constituiria desnecessária redundância, enquanto os demais argumentos suscitados não são suficientes para infirmar os fundamentos acima enunciados para a solução da lide.

No entanto, não é o caso de aplicação da litigância de má-fé à Ré, como pretende o Autor. Para essa condenação, há de se levar em conta o preenchimento de certos requisitos, conforme pronunciou o Colendo Superior Tribunal de Justiça: *“PROCESSUAL CIVIL. LITIGÂNCIA DE MÁ-FÉ. REQUISITOS PARA SUA CONFIGURAÇÃO. 1. Para a condenação em litigância de má-fé, faz-se necessário o preenchimento de três requisitos, quais sejam: que a conduta da parte se subsuma a uma das hipóteses taxativamente elencadas no art. 17, do CPC; que à parte tenha sido oferecida oportunidade de defesa (CF, art. 5.º, LV); e que da sua conduta resulte prejuízo processual à parte adversa. 2. Recurso especial parcialmente conhecido e, nesta parte, provido, para excluir do acórdão recorrido a condenação por litigância de má-fé”* (1.ª Turma – REsp 250.781/SP – Rel. Min. JOSÉ DELGADO – DJU 19.6.00). Essas circunstâncias não se encontram aqui configuradas.

Por fim, quanto ao prequestionamento, firmou-se o entendimento que é suficiente o Tribunal de origem ter debatido e decidido a questão federal que se alega. Desse modo, para evitar a formulação de Embargos de Declaração meramente protelatórios, considera-se, desde já, prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observado o entendimento do C. Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, para o prequestionamento, é desnecessária a explícita indicação dos dispositivos de lei que o fundamentaram (AgRg no REsp nº 1127209/RJ – 6ª Turma – Rel. Min. Maria Thereza de Assis Moura – DJe 28.05.12; AgRg no AREsp nº 25722/SP – 2ª Turma – Rel. Min. Humberto Martins – DJe 26.10.11).

Diante da manutenção do julgado, majoro os honorários de sucumbência então arbitrados para o equivalente a 20% do valor atualizado da causa



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

(R\$ 20.136,40), considerado que não há condenação em valor na r. sentença (art. 85, § 11, do CPC).

Ante o exposto, nego provimento ao recurso.

João Pazine Neto

Relator