



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000315517

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1023085-96.2023.8.26.0032, da Comarca de Araçatuba, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, são apelados MARIA LUCIA ALMEIDA MARÇAL (CURADOR ESPECIAL) e TATIANA MARÇAL PESSINE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual do Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 1) 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 TASSO DUARTE DE MELO (Presidente sem voto), JOSÉ PAULO CAMARGO MAGANO E JOÃO BATTAUS NETO.

São Paulo, 31 de março de 2025.

GUILHERME SANTINI TEODORO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1023085-96.2023.8.26.0032

Apelante: Bradesco Saúde S/A

Apelada: Tatiana Marçal Pessine (interdita)

Voto nº 5687

PLANO DE SAÚDE. *Ataxia cerebelar. Prescrição médica de infusão com imunoglobulina humana em ambiente hospitalar. Negativa de cobertura. Inadmissibilidade. Cobertura obrigatória. Alegações de uso "off label" e ausência de previsão no rol da ANS. Circunstâncias que não impedem a cobertura na espécie. Medicamento aprovado pela ANVISA. A Lei 14.454/2022, em vigor desde antes da prescrição médica, alterou o artigo 10 da Lei 9.656/98 para incluir o § 12 e considerar o rol da ANS referência básica de procedimentos em saúde. Operadora não demonstrou a ineficácia da prescrição à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico. Ação procedente. Sentença correta. **Apelação desprovida.***

Julgada procedente ação de beneficiária de plano de saúde para compelir operadora à cobertura de tratamento médico e internação, apela a ré porque o tratamento prescrito é “off label”, experimental e não consta no rol da ANS.

Recurso tempestivo, preparado e respondido.

A Procuradoria Geral da Justiça opinou pelo desprovimento do recurso.

É o relatório.

A doença é coberta (quadro subagudo de ataxia cerebelar) e sobre isso não se controverte.

O relatório médico aponta que a autora “*vem evoluindo com rigidez de tronco e membros inferiores, além de abalos no tronco que incapacitam sua marcha de forma independente (...) está restrita ao leito ou cadeira de rodas*” e que “*foi internada em regime de urgência no Hospital Alemão Oswaldo Cruz e [...] tratada com Imunoglobulina, droga de escolha para a referida patologia, durante internação no período de 07/08/23 a 15/08/23. A paciente apresentou uma EXPRESSIVA MELHORA do ponto de vista neurológico, com melhora da dor, rigidez, mioclonias e da ataxia cerebelar, voltando a deambular com apoio unilateral, melhora da disartrofonía, melhora da escrita e melhora da sua independência para realizar atividades de vida diária. Ainda assim, a paciente segue com quadro neurológico ainda grave, necessitando continuar o tratamento*” (fls. 19/20).

Aponta também que ela foi internada mais uma vez e apresentou melhora clínica, contudo, visando evitar a recidiva da doença, precisa receber mensalmente a medicação, o que foi negado pelo convênio, e, por fim, *“que o atraso da medicação, em última análise, implica em risco de vida para a paciente, que vem usando diversas medicações para a dor e tem risco de traumas graves no contexto de quedas recorrentes. Atesto ainda que a paciente deve receber a medicação em regime hospitalar, pela sua extrema dificuldade de locomoção e pelo fato da medicação precisar ser administrada durante 5 dias consecutivos. Atesto ainda que a paciente deverá receber a medicação mensalmente por pelo menos 12 meses consecutivos, como estratégia para que a paciente tenha melhora sustentada”*(fls. 20).

Cabe ao médico especialista, que conhece o quadro clínico de seu paciente, prescrever o tratamento ou medicamento mais indicado. A escolha do tratamento é atribuição do médico assistente, não da operadora. Não se admite prejuízo à livre atuação do profissional, ética e juridicamente responsável pelo exercício da sua arte e ciência.

“O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta” (STJ, 3ª T., REsp 668.216/SP, rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, j. 15/3/2007).

Deve a ré proporcionar à autora o que for necessário para tratamento da doença coberta, conforme o estágio atual de evolução da ciência médica.

Não se cuida de tratamento absolutamente descabido ou não reconhecido pela Medicina.

A negativa da ré foi indevida à luz da Lei 9.656/98 e do Código de Defesa do Consumidor, art. 51, IV.

De fato, a alegação de que o tratamento prescrito não consta em rol da ANS perde relevância à medida que se cuida de referência básica para cobertura mínima dos planos de assistência à saúde. A Lei 14.454/2022, em vigor desde antes da prescrição médica, alterou o artigo 10 da Lei 9.656/98 para incluir o § 12 e considerar o rol da ANS referência básica de procedimentos em saúde: *“§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.”*

Nesse sentido, ademais, a Súmula 102 deste Tribunal de Justiça, segundo a qual *“havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de*

cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS."

A orientação firmada pelo Superior Tribunal de Justiça, nos embargos de divergência em REsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, sobre o caráter taxativo do rol, aplica-se a período anterior à Lei 14.454/2022. Este diploma legal, em vigor desde 22/9/2022, introduziu o § 13 no art. 10 da Lei 9.656/98, nestes termos:

"§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais."

No caso, a operadora não demonstrou a ineficácia da prescrição à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico.

A apelante também negou o fornecimento do medicamento, alegando que seu uso é "off label", portanto, não seria indicado para a doença da autora, o que não é suficiente para isentá-la da cobertura, pois não lhe compete a escolha da melhor terapia para o tratamento, porquanto, como já mencionado, a prescrição do medicamento adequado cabe exclusivamente ao médico, em conformidade com seu conhecimento científico.

Nesse sentido, a Procuradoria Geral da Justiça salientou que em "se tratando de doença de especial gravidade, a jurisprudência do C. Superior Tribunal de Justiça vem reiterando o entendimento de que é abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de custear a cobertura do medicamento registrado na ANVISA e prescrito pelo médico do paciente, ainda que se trate de fármaco "off-label" ou utilizado em caráter experimental (...) Enfim, ressalto a inaplicabilidade ao caso do Tema nº 990 do STJ, pois o remédio em questão não é fármaco importado e sem registro na ANVISA, não guardando a decisão do Tribunal da Cidadania qualquer relação com esta demanda" (fls. 579/580).

A substância indicada pelo médico responsável não é experimental, porquanto devidamente registrada pela ANVISA.

A consumidora não pode ser submetida a situação excessivamente onerosa em detrimento do seu direito fundamental, garantido pelo contrato, de proteção eficaz à saúde (art. 51, IV, § 1º, II e III do CDC).

Recusar cobertura a procedimento necessário para tratamento de moléstia coberta é o mesmo que negar tratamento à doença coberta, o que é vedado.

No caso, não se questiona, especificamente para o quadro clínico da autora, a eficácia da prescrição e que o tratamento deve-se dar em ambiente hospitalar.

Daí a procedência da pretensão.

Nesse sentido, “*APELAÇÃO CÍVEL. Plano de saúde. Negativa de cobertura de tratamento. Autor diagnosticado com quadro de "ataxia autoimune aguda". Recomendação expressa do médico assistente de realização de imunoterapia com aplicação de imunoglobina endovenosa, em ambiente hospitalar, devido às comorbidades e riscos decorrentes da própria medicação. Negativa da operadora fundada em exclusão contratual. Sentença de procedência. Recurso da ré. Operadora que sequer se desincumbiu do ônus de provar o fato impeditivo do direito sustentado em defesa, qual seja, o caráter experimental do tratamento. Negativa sob tal justificativa, ademais, que não poderia de qualquer forma prevalecer. Inteligência da Súmula 102 deste Tribunal. Precedentes do STJ. Honorários advocatícios corretamente estabelecidos sobre o valor da condenação. Sentença preservada. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO*”. (TJSP, 3ª Câm. Dir. Priv., AP 1022447-63.2017.8.26.0100, rel. Des. Viviani Nicolau, j. 25/9/2018, grifos não originais)

“*Apelação Cível. Plano de Saúde. Obrigação de Fazer. Mudança de operadora com aproveitamento de carência. Beneficiária diagnosticada com Ataxia Cerebelar associada a Anticorpos Anti-GAD (CID-G11.2), com recomendação de tratamento por imunoglobina endovenosa na dose de 400mg/kg/dia, na modalidade de internação ou em regime "day clinic", ante reação negativa de tratamento anterior por pulsoterapia com metilprednisolona e reação cutânea a azatioprina. Necessidade de tratamento ante piora do quadro, com dificuldade de locomoção. Negativa do seguro-saúde na autorização do procedimento, sob a alegação de que se tratava de procedimento experimental. Procedência da ação. Inconformismo da ré. Contrato celebrado entre as partes não prevê exclusão de cobertura para o tratamento de ataxia cerebelar associada a anticorpos anti-GAD. Deve haver a cobertura do tratamento completo para recuperação da paciente. Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS, sob pena de se colocar em risco o objeto do contrato, ou seja, a preservação da saúde do usuário. Aplicação das Súmulas 95, 96 e 102 deste Tribunal. Sentença mantida. Recurso improvido*”. (TJSP, 8ª Câm. Dir. Priv., AP 0023667-86.2012.8.26.0004, rel. Des. Silvério da Silva, j. 22/10/2015, grifos não originais)

Majoram-se os honorários advocatícios devidos pela apelante de 10% para 15% do valor da causa.

Ante o exposto, nego provimento à apelação.

GUILHERME SANTINI TEODORO – relator.