



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000327722

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1124244-38.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/A, é apelada ELIANA MISKO SOLÉR.

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), CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER E BENEDITO ANTONIO OKUNO.

São Paulo, 2 de abril de 2025.

SILVÉRIO DA SILVA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 40666

APELAÇÃO Nº.: 1124244-38.2024.8.26.0100

COMARCA: FORO CENTRAL CÍVEL

APTE: MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/A

APDA: ELIANA MISKÓ SOLÉR

MFF

APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - OBRIGAÇÃO DE FAZER - SENTENÇA PROCEDENTE - NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO - AUTORA PORTADORA DE CÂNCER COLORRETAL - RECUSA DE SOB A ALEGAÇÃO DE NÃO POSSUIR PREVISÃO CONTRATUAL E NÃO INCLUSÃO NO ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS – INDICAÇÃO MÉDICA – COBERTURA OBRIGATÓRIA – PRECEDENTES DESTA CORTE - INTELIGÊNCIA DO ART. 35-F DA LEI 9.656/98 – DECISÃO DO STJ QUE RECONHECEU QUE O ROL DA ANS É TAXATIVO, EM REGRA – PLANO DE SAÚDE QUE NÃO INDICOU TRATAMENTO EFICAZ, EFETIVO E SEGURO PARA A CURA DA PACIENTE, JÁ INCORPORADO À LISTA – TAXATIVIDADE DO REFERIDO ROL RESTOU SUPERADA COM O ADVENTO DA LEI 14.454/22, QUE ALTEROU A LEI DE PLANOS DE SAÚDE, PARA CONSIGNAR EXPRESSAMENTE QUE O ROL DA ANS NÃO É TAXATIVO, CONSTITUINDO APENAS REFERÊNCIA BÁSICA COBERTURA DEVIDA – NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO

A sentença a fls. 408/418, cujo relatório adoto, julgou o pedido procedente, formulado na ação de obrigação de fazer cominatória que pretendia compelir o plano de saúde a custear e fornecer materiais e meios necessários para a realização de tratamento quimioterápico.

Apela a ré, a fls. 421/440, alegando, em síntese, falta de cobertura obrigatória para o fornecimento do

tratamento.

Aduz que o contrato firmado pela apelada é posterior a Lei nº 9.656/98 e que não inclui o procedimento solicitado para a patologia da apelada. Adiciona que embora tecnicamente pertinente, o tratamento não está incluído nos casos de cobertura obrigatória pelo plano de saúde.

Ressalta que o medicamento pleiteado não atende as determinações da DUT.

Alega taxatividade do rol de procedimentos da ANS.

Alude que não possui obrigação contratual e constitucional de arcar com procedimento médicos prescritos aos beneficiários do plano de saúde de forma genérica e indiscriminada, visto que o art. 119, §1º da CF, dispõe que a assistência à saúde de iniciativa privada é complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), possuindo, portanto, caráter complementar, sem o dever de ser compelida a dar assistência integral a saúde.

Diz que está em consonância aos dispositivos do Código Civil e ao regime do Código de Defesa do Consumidor.

Relata que não possui obrigação de suprir os medicamentos de uso ambulatorial prescritos pelo médico da apelada, vez que estão fora do âmbito de cobertura do plano de saúde. Informa que não prevê reembolso de medicação comprada em farmácias ou distribuidoras, somente há o reembolso de medicações aplicadas em ambiente hospitalar.

Pleiteia revogação da tutela deferida e reforma da sentença.

Em contrarrazões, a apelada sustenta seu ponto de vista, a fls. 446/451.

É o relatório.

A autora é pessoa idosa (nascida em 07/01/1952) e portadora de Adenocarcinoma de reto baixo e fora recomendado tratamento de quimioterapia (CAPECITABINA) concomitante à radioterapia, seguida de quimioterapia endovenosa (FOLFOX) por 4 (quatro) meses.

O relatório médico a fls. 19, comprova a probabilidade dos fatos e a urgência do pedido. Inclui-se que a autora possui risco de Ostomia permanente e comprometimento Linfonodal N2 com risco de recidiva pélvica, em vista da localização baixa em que se encontra o câncer.

Durante o feito, em sentença a fls. 408/418, fora julgado procedente o pedido, formulado pela parte autora na inicial, tornando definitivos os efeitos da tutela provisória concedida anteriormente em decisão de fls. 65/67, onde determina que a apelante custeie e forneça materiais e meios necessários para a realização de tratamento quimioterápico. Condenou em conjunto, o pagamento de custas, despesas processuais e honorários advocatícios de R\$1.000,00 (mil reais).

A negativa da apelante para o fornecimento se baseia na justificativa de que o tratamento pleiteado pela apelada não possui previsão contratual e de que não estão previstos no rol de procedimentos da ANS, afastando, portanto, a obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde.

O Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 47, dispõe que "as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor". A interpretação é assim feita devido ao fato de haver cobertura para o tratamento.

Disso resulta que ainda que exista cláusula contratual com previsão de exclusão de cobertura para certos procedimentos, esta deve ser interpretada. Se dúbia, deve ser interpretada em favor do hipossuficiente; se abusiva, considerada nula.

A indicação terapêutica do profissional que atua no caso, acompanhando pessoalmente a enferma, deve prevalecer sobre qualquer listagem proferida por agências reguladoras, uma vez que ele analisa as especificidades do caso. Portanto, não cabe ao plano de saúde contestar a necessidade do tratamento proposto pelo médico.

Aplica-se ao caso a **Súmula 102** deste Tribunal: **"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"**.

Ainda: **"Súmula 96** desta Corte: **"Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento"**.

Vale lembrar que as Súmulas, ao ser editadas, apenas cristalizam a opinião pacífica do Tribunal.

No mais, é certo que o Superior Tribunal de Justiça firmou tese, quando do julgamento do Recurso Especial nº 1.886.929/SP:

"Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol:

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."

O relatório médico a fls. 19, justifica a utilização do medicamento quimioterápico CAPACITABINA, concomitante à radioterapia e do medicamento quimioterápico FOLFOX, por 4 (quatro) meses, diante da necessidade de prosseguimento do tratamento. O plano de saúde não indicou outro tratamento eficaz, previsto no rol da ANS, que pudesse substituir o tratamento indicado pelo médico assistente.

Não se pode deixar de ressaltar da aplicação do CDC nos contratos de plano de saúde conforme Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça: "*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*". E deve-se aplicar o art. 51, incisos IV e XV, e parágrafo primeiro, do Código de Defesa do Consumidor, já que se trata de relação de consumo.

Os princípios de ordem pública do Código de Defesa do Consumidor integram o contrato para recompor a vulnerabilidade existente entre a administradora do plano de saúde e o consumidor.

A interpretação acima mencionada está em consonância com o art. 423 do CC que assim dispõe: "quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente".

Assim, cabia ao plano de saúde indicar outro procedimento eficaz, efetivo e seguro para a cura da paciente, já incorporado à lista, o que não foi feito.

Diante do quadro de saúde da autora e havendo indicação médica para realização do tratamento, a negativa do plano se mostra indevida.

Conforme preceitua o artigo 35-F, da Lei n. 9.656/1998, *“a assistência a que alude o artigo 1º desta lei, compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta lei e do contrato firmado entre as partes”*.

E não há que se falar que resoluções normativas possam se sobrepor à letra da lei, quando há evidente prejuízo ao consumidor.

No mais, a questão da taxatividade do referido rol restou superada com o advento da Lei 14.454/2022, que alterou a Lei de Planos de Saúde, para consignar expressamente que o Rol da ANS não é taxativo, constituindo apenas “referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados”.

Dessa forma, não se autoriza que a ré afaste a cobertura do tratamento recomendado por médico assistente por não haver previsão de cobertura para o tratamento recomendado.

Deve, portanto, o plano de saúde fornecer o medicamento indicado pelo médico.

Pelo meu voto, **nego provimento ao recurso**.

Majoro os honorários de advogado de R\$1.000,00 (mil reais) para R\$2.000,00 (dois mil reais).

SILVÉRIO DA SILVA

Relator



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO