



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000327724

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1501289-03.2024.8.26.0114, da Comarca de Campinas, em que é apelante UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, é apelado MARILANIA DE FREITAS GOMES GUIÃO.

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: 40672

APELAÇÃO Nº.: 1501289-03.2024.8.26.0114

COMARCA: FORO DE CAMPINAS

APTE: UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APDA: MARILANIA DE FREITAS GOMES GUIÃO

MFF

APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - OBRIGAÇÃO DE FAZER - SENTENÇA PROCEDENTE - NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO - AUTORA PORTADORA DE NEUROMIELITE ÓPTICA - 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. 432/436, cujo relatório adoto, julgou o pedido procedente, formulado na ação ordinária de obrigação de fazer, que pretendia compelir o plano de saúde a custear e fornecer medicamento para tratamento de neuromielite óptica.

Apela a ré, a fls. 441/459, alegando, em síntese, falta de cobertura obrigatória para o fornecimento do tratamento.

Alega contrariedade à Lei nº 9.656/98 e à Lei nº 9.961/00, assim como em relação ao contrato e às normas da ANS. Afirma que o tratamento solicitado pela apelada não está contemplado na cobertura contratual para o seu diagnóstico, conforme listado na RN

465/21.

Menciona a tese do STJ no EREsp 1.886.929 e a taxatividade do rol da ANS.

Aduz ausência de comprovação de eficácia do tratamento, ressaltando que é imprescindível a comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina, baseada em evidências, como recomendações de órgão técnico de renome nacional (Conitec) ou outro órgão técnico estrangeiro.

Pleiteia revogação da tutela deferida e reforma da sentença.

Em contrarrazões, a apelada sustenta seu ponto de vista, a fls. 468/476.

É o relatório.

A autora é portadora de Neuromielite óptica (CID G36), doença autoimune do sistema nervoso central, que pode acarretar paraplegia e perda total da visão, fora recomendado tratamento com o medicamento RITUXIMABE (MABTHERA), na dose de 1g a cada seis meses e por tempo indeterminado.

O relatório médico a fls. 21, comprova a probabilidade dos fatos e a urgência do pedido. Nota-se que a autora apresentou quadro gravíssimo de mielopatia longitudinalmente extensa, envolvendo as medulas cervical e torácica, tendo ficado tetraplégica. Inclui-se que a falta de utilização do fármaco coloca a apelada em risco excessivo de reativação da doença, com graves lesões potenciais e sequelas irreversíveis.

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. 21, justifica a utilização do medicamento RITUXIMABE (MABTHERA). 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.**



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Majoro os honorários de advogado de 10% para 15% sobre o valor da causa atualizado.

SILVÉRIO DA SILVA

Relator