



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000324063

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2369291-43.2024.8.26.0000, da Comarca de Itu, em que é agravante CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL S/S LTDA, são agravados RAFAEL KEI YAJIMA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e ROBERTO YAJIMA (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Por maioria de votos, NEGARAM PROVIMENTO ao recurso, vencido o Relator Sorteado, que declara, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), HERTHA HELENA DE OLIVEIRA, vencedor, GIFFONI FERREIRA, vencido E CORRÊA PATIÑO.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

HERTHA HELENA DE OLIVEIRA
RELATORA DESIGNADA

Assinatura Eletrônica

Agravo de Instrumento 2369291-43.2024.8.26.0000

Comarca de Itu

Agravante: CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL S/S LTDA

**Agravados: RAFAEL KEI YAJIMA (MENOR REPRESENTADO) e
ROBERTO YAJIMA (REPRESENTANDO MENOR)**

Voto nº 19883

EMENTA: DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. DESPROVIMENTO.

I. Caso em Exame

Agravo de instrumento interposto por CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA contra decisão que deferiu tutela de urgência para fornecimento de medicamento Genotropin e hormônio do crescimento a menor de idade, beneficiário do plano de saúde, diagnosticado com baixa estatura idiopática. A decisão impôs multa diária em caso de descumprimento.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de saúde é obrigada a fornecer medicamento de alto custo, não previsto no rol da ANS, mas prescrito por médico para tratamento de doença coberta.

III. Razões de Decidir

3. O contrato de plano de saúde está sujeito ao Código de Defesa do Consumidor, conforme Súmula 608 do STJ. Cláusulas que negam cobertura de tratamento prescrito são consideradas abusivas.

4. A jurisprudência do STJ e deste Tribunal estabelece que, havendo cobertura para a doença, o plano de saúde não pode limitar o tipo de tratamento, mesmo que não conste no rol da ANS.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A negativa de cobertura de tratamento prescrito por médico é abusiva, mesmo que o medicamento não conste no rol da ANS. 2. A responsabilidade do plano de saúde não se limita ao ambiente de administração do medicamento.

Legislação Citada:

Código de Defesa do Consumidor, art. 51, IV.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp 668.216/SP, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, j. 15.03.2007;

STJ, AREsp 481680, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

05.08.2014;
STJ, AgRg no AREsp 345.433/PR, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 20.08.2013.

Trata-se de agravo de instrumento interposto contra a decisão interlocutória proferida a fls. 130/134 nos autos da ação de obrigação de fazer (processo nº 1010882-82.2024.8.26.0286), que deferiu a tutela de urgência pleiteada *"para determinar que aparte ré providencie o fornecimento do medicamento descrito na petição inicial, no prazo de 72 (setenta e duas) horas dias, sob pena de pagamento de multa diária no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), limitada a 30 (trinta) dias, quando a obrigação converter-se-á em perdas e danos"*.

Insurge-se a ré **CARE PLUS MEDICINA ASSISTENCIAL LTDA**, inconformada com a r. decisão, pleiteando a sua reforma.

Em síntese, aduz pela ausência de cobertura para fornecimento de medicamentos de uso ambulatorial de acordo com o contrato pactuado e o Rol da ANS, de natureza taxativa.

Com efeito, argumenta que o medicamento em questão pode ser ministrado em ambiente domiciliar, com aplicação subcutânea, razão pela qual não é de responsabilidade do plano de saúde.

Ademais, alega que se trata de medicamento de alto custo.

Deste modo, requer que o presente recurso seja



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

recebido sob a concessão de efeito suspensivo e, ao final, provido, para cassar e indeferir a tutela de urgência.

Efeito concedido pelo I. Desembargador Relator Sorteado, a fls. 163/164.

Recurso respondido a fls. 168/178.

Parecer emitido a fls. 183/187, opinando pelo provimento do recurso.d

Não há oposição ao julgamento virtual.

É o breve relato.

Com todo o respeito ao posicionamento adotado pelo Exmo. Desembargador Relator Sorteado, entendo pelo desprovimento do presente recurso.

De plano, neste momento da ação cabe analisar somente a existência dos requisitos legais para a concessão/manutenção da tutela em relação à pretensão da agravada, sob pena de se antecipar o julgamento de mérito, que depende da observância do devido processo legal, ou seja, do pleno exercício do contraditório e da ampla defesa, com a produção de todas as provas que se fizerem necessárias.

Primeiramente, é de rigor ressaltar que o contrato

celebrado entre as partes se submete às regras da Lei nº 8.078/90, consoante o Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, a saber:

"Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão".

Assim, diante da observância de cláusulas que estabeleçam obrigações injustas, abusivas ou que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, conforme *in casu*, deve ser aplicado o disposto no art. 51, IV do Código de Defesa do Consumidor.

Extraí-se dos autos que o autor, ora agravado, é menor de idade e beneficiário do plano de saúde ofertado pela operadora ré, e, após ser diagnosticado com *baixa estatura idiopática*, recebeu prescrição de tratamento com uso do remédio *Genotropin* e hormônio do crescimento.

Todavia, a cobertura fora negada pela seguradora sob a alegação de que o fármaco em questão está fora do rol de cobertura da ANS.

Em que pese a insurgência da recorrente, observa-se que o magistrado *a quo*, ao conceder a tutela provisória de urgência, acertadamente vislumbrou a presença dos requisitos do *fumus boni iuris* e do *periculum in mora*, uma vez que a prescrição médica possui extensa justificativa, tendo em vista que, embora seja

de alto custo, o medicamento em questão é o único adequado ao tratamento da moléstia.

Portanto, não prevalecer a recusa da operadora de saúde ré, sob a justificativa que o medicamento não se encontra previsto no rol da ANS, porquanto compete tão somente ao médico indicar o tratamento mais adequado e eficiente ao seu paciente, o que restou incontroverso. Havendo cobertura para a patologia, o tratamento deve ser fornecido.

Aliás, o tema já foi pacificado neste E. Tribunal de Justiça pelo que se extrai da Súmula 102: *"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"*.

Tais diretrizes não podem ser aplicadas restritivamente, de modo a prevalecer sobre a prescrição do profissional médico, detentor do conhecimento técnico necessário e do quadro clínico do paciente para identificar qual o tratamento mais apropriado para combater a patologia em questão.

Não obstante, conforme determina o entendimento sumulado por esta Corte de Justiça, compete tão somente ao profissional médico responsável prescrever o tratamento mais adequado ao paciente, sendo irrelevante a sua presença ou não no rol da ANS, tal como alegado pela agravante, razão pela qual a negativa do fornecimento do tratamento indicado se configura abusiva.

Também há entendimento pacificado pelo C. Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que, havendo cobertura da doença, não compete ao plano de saúde a escolha do respectivo tratamento:

"O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. (REsp 668.216/SP, Rel. Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, julgado em 15/03/2007)".

"O fato de o tratamento indicado pelo médico assistente não estar previsto no rol de tratamentos da ANS, não exclui os planos de saúde da obrigatoriedade de custeá-los, pois não se trata de rol taxativo" (AREsp 481680, Rel. Min. RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, j. 05/08/2014)".

"O plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não pode limitar o tipo de tratamento a ser utilizado pelo paciente. (AgRg no AREsp 345.433/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 20/08/2013, DJe 28/08/2013)".

Com efeito, resta evidenciado que a ciência avança mais rápido do que o Direito, não podendo a consumidora, acometida por grave mazela, ficar à mercê da decisão do órgão regulador de atualizar sua lista de tratamentos, sob pena de esvaziamento de seu conteúdo.

Logo, a jurisprudência sedimentou o entendimento de que a operadora de saúde tem o dever de fornecer o tratamento indicado pelo médico responsável à doença coberta.

Assim, são inócuas as alegações acerca do estrito cumprimento do contrato celebrado entre as partes, uma vez que a cláusula contratual que obsta o tratamento adequado é nula de pleno direito, em respeito à legislação consumerista.

Ao negar de forma abusiva o direito fundamental do consumidor, que no caso dos autos trata-se do acesso à saúde, o fornecedor pode vir a causar danos irreversíveis à saúde da paciente, o que não pode ser admitido.

Não prospera, igualmente, a alegação da agravante acerca de suposta exclusão de cobertura contratual por se tratar de medicamento de uso domiciliar, uma vez que o simples fato de o medicamento não ser administrado em ambiente hospitalar não afasta, por si só, a responsabilidade das operadoras em custeá-lo.

Com efeito, a aplicação do medicamento em ambiente domiciliar decorre da evolução da medicina, sendo prescrito como alternativa aos antigos tratamentos hospitalares, que, por óbvio, são mais desgastantes ao paciente e onerosas à própria seguradora.

Desta forma, o simples avanço médico não pode ser utilizado para desobrigar as operadoras de saúde a negar tratamento de doença coberta, sob pena de desvirtuar o próprio objeto do contrato pactuado, qual seja, garantir a saúde do segurado.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

No caso de posterior reversão à decisão combatida, a obrigação poderá ser convertida em perdas e danos, razão pela qual não se evidencia prejuízo à agravante.

Ante o exposto, por meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao presente recurso.

HERTHA HELENA DE OLIVEIRA

Relatora Designada



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Agravo de Instrumento nº 2369291-43.2024.8.26.0000

DECLARAÇÃO DE VOTO Nº 50736

Dissinto respeitosamente da d. Maioria.

Com efeito, a insurgência está em obra de se receber; os autos dão conta de situação clara fornecimento de droga de uso domiciliar, pelo que tal medicação não pode ser exigida da Operadora do plano de saúde concedida verdadeira COBERTURA ILIMITADA, e ainda vulnerada a Lei de Regência, e transformado o Contrato em verdadeira inutilidade, coisa que não é bom Direito.

Por minha decisão, DEFERIA-SE PROVIMENTO ao recurso.

L. B. Giffoni Ferreira



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Este documento é cópia do original que recebeu as seguintes assinaturas digitais:

Pg. inicial	Pg. final	Categoria	Nome do assinante	Confirmação
1	9	Acórdãos Eletrônicos	HERTHA HELENA ROLLEMBERG PADILHA DE OLIVEIRA	2A2FB6E7
10	10	Declarações de Votos	LUIZ BEETHOVEN GIFFONI FERREIRA	2A31A779

Para conferir o original acesse o site:

<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/sg/abrirConferenciaDocumento.do>, informando o processo 2369291-43.2024.8.26.0000 e o código de confirmação da tabela acima.