



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000374968

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1158491-79.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, é apelada DEBORA SOARES.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente) E MARCIA DALLA DÉA BARONE.

São Paulo, 15 de abril de 2025.

ALCIDES LEOPOLDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO CÍVEL

Processo n.: 1158491-79.2023.8.26.0100

Comarca: São Paulo (F. R. da V. Prudente - 2ª Vara Cível)

Apelante: Bradesco Saúde S/A

Apelada: Debora Soares

Juíza: Márcia de Souza Donini Dias Leite

Voto n. 36.458

EMENTA: Direito Civil. Apelação. Planos de Saúde. Recurso desprovido.

I. Caso em Exame

A autora, beneficiária de plano de saúde, foi diagnosticada com Neoplasia de Comportamento Incerto da Glândula Hipófise e teve indicação médica para tratamento com o medicamento Signifor 20 mg, cuja cobertura foi negada pela operadora. A sentença condenou a ré a custear o tratamento prescrito.

II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de plano de saúde é obrigada a custear o medicamento prescrito, mesmo que não esteja contemplado no rol da ANS e seja utilizado off-label.

III. Razões de Decidir 3. A jurisprudência pacificada aplica o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, não permitindo a exclusão de procedimentos necessários à cura. 4. O medicamento possui registro na ANVISA e é indicado para casos em que a cirurgia do tumor hipofisário foi ineficaz, sendo abusiva a recusa de cobertura.

IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A operadora deve custear medicamentos prescritos para tratamento de câncer, mesmo que off-label. 2. A cobertura é obrigatória quando há expressa indicação médica.

Legislação Citada:

CF/1988, art. 5º, XXXV; Lei nº 9.656/98, arts. 10, § 12, e 35-C, I; CPC/2015, art. 300.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp nº 668.216/SP, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, Terceira Turma, j. 15.03.2007; STJ, REsp nº 1.733.013/PR, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, j. 10.12.2019; STJ, AgInt no REsp nº 2.046.502/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 11.09.2023.

Trata-se de ação de obrigação de fazer, alegando a autora, beneficiária do plano de saúde operado pela requerida, que foi diagnosticada com Neoplasia de Comportamento Incerto da Glândula Hipófise, tendo indicação médica para tratamento com o fármaco Signifor 20 mg (uso contínuo), sob forma de injeção intramuscular, a cada 30 dias, ao qual, todavia, foi negada cobertura pela requerida, pelo que requer seja condenada na obrigação de fazer consistente em custear o tratamento prescrito.

A r. sentença, cujo relatório se adota, julgou procedente a ação, confirmando a tutela de urgência, para condenar a ré em obrigação de fazer consistente em autorizar e custear a cobertura do medicamento Pasireotida LAR 20 mg IM/mensal (nome comercial – Signifor 20 mg), conforme prescrição médica, ou qualquer outro que venha a ser prescrito para o tratamento, arcando ainda com o pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% do valor da causa (fls. 183/188).

A Operadora requerida apelou sustentando que a sentença se equivocou ao afirmar que a apelante deve custear qualquer medicamento que venha ser prescrito, sendo tal determinação abusiva e genérica, pelo rol ser taxativo, não devendo a seguradora custear todo e qualquer medicamento não contemplado no contrato pactuado entre as partes, sendo certo ainda que é passível de exclusão a cobertura para medicamentos administrados em ambiente ambulatorial, exceto se caracterizado como de urgência/emergência ou medicamentos antineoplásicos orais e os medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral

e/ou venoso, de acordo com as condições estabelecidas nas Diretrizes de Utilização da ANS e terapia imunobiológica com Diretriz de Utilização, o que não é o caso deste Segurado, sendo necessária ainda a revogação da gratuidade da justiça concedida à autora, tendo em vista que não restou devidamente comprovada a sua situação de miserabilidade, e, por fim, o tratamento com o medicamento prescrito a autora não é de cobertura obrigatória, segundo os regulamentos da ANS, bem como de acordo com o contrato firmado entre as partes, razão pela qual requer a improcedência da ação (fls. 191/215).

Não foram apresentadas contrarrazões (fls. 221).

É o Relatório.

Primeiramente, não cabe a revogação da gratuidade da justiça concedida à apelada, uma vez que a recorrente impugnou genericamente a concessão do benefício, não trazendo aos autos elementos que pudessem infirmar a presunção de hipossuficiência, ainda mais sendo paciente aposentada em tratamento oncológico, com presumível elevação de seus gastos com a saúde, apresentado modesta movimentação financeira.

No mais, conforme constou do relatório médico de fls. 23, a apelada tem diagnóstico de Neoplasia de Comportamento Incerto da Glândula Hipófise e Tumor Corticotrófico, já tendo sido submetida a tratamento com os medicamentos usuais, sem sucesso, mesmo após a realização de cirurgias e radioterapia, estando atualmente com quadro de tumor hipofisário agressivo, não responsivo aos tratamentos realizados, necessitando, como nova opção de tratamento, do uso do medicamento Pasireotide LAR 20 mg IM/mensal,

medicamento que vem sendo utilizado em casos semelhantes na literatura, tendo especial interesse em casos refratários aos LRS de primeira geração, tendo como objetivos a redução dos níveis de ACTH/melhora da hiperpigmentação cutânea, mas principalmente a redução ou estabilização do volume tumoral.

A resistência pela ré se deu com fundamento de que não há cobertura contratual à medicação, por ser de uso ambulatorial e ainda para diverso daquele indicado pela bula respectiva, isto é, para o uso *off label* da droga.

Conforme se observa da bula, o medicamento Signifor, possui registro na ANVISA¹, não se cuidando na espécie de recusa de medicamento experimental, pois aprovado para o tratamento de neoplasias, constando da bula que é indicado para pacientes para os quais a cirurgia do tumor hipofisário foi ineficaz ou não é uma opção² (fls. 98).

A jurisprudência está pacificada no sentido de que se aplica o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde (Súmula 608).

É entendimento consolidado que, ainda, que não haja exclusão pelo Plano da doença, não podem ser excluídos todos os procedimentos, medicamentos, tratamentos e exames necessários à melhora da saúde e à cura.

O Superior Tribunal de Justiça tem decidido que: “o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas

¹ <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=Signifor%20LP>

² <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/detalhe/1426636?nomeProduto=Signifor%20LP>

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 o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta” (REsp 668.216/SP, Rel. Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, TERCEIRA TURMA, julgado em 15.03.2007, DJ 02.04.2007 p. 265).

Este Tribunal de Justiça firmou entendimento, conforme a Súmula n. 95, que: "havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura do custeio ou fornecimento de medicamentos associados a tratamento quimioterápico".

A Operadora não pode estabelecer o tratamento que o paciente deve se submeter para o alcance da cura ou melhora do seu bem estar, sobretudo pela ineficácia dos tratamentos anteriores, e porque não se responsabiliza pelos resultados adversos do tratamento que entende adequado, e, assim, não pode restringir aqueles que forem prescritos pelo médico assistente, que é quem assumirá os riscos pelos resultados, independentemente de se tratar de procedimento ambulatorial, residencial ou obrigatório previsto na Resolução Normativa RN n. 465/2021, não tendo demonstrado ainda que existe, para a cura ou atendimento da paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol, consoante entendimento dos EREsp 1886929 e EREsp 1889704.

No julgamento do REsp n. 1.733.013/PR (relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 10/12/2019, DJe de 20/2/2020.), que estabeleceu o entendimento de que o rol de procedimentos da ANS não tem natureza meramente exemplificativa, ressaltou-se que a natureza taxativa ou exemplificativa do rol, pode ser relativizada em situações pontuais, como no caso de câncer.

Segundo o mesmo Tribunal Superior: "a natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS é irrelevante à análise do dever de cobertura de medicamentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução normativa" (AgInt no REsp n. 2.046.502/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 11/9/2023, DJe de 14/9/2023.), bem como 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" (AgInt no AREsp n. 1.653.706/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 19/10/2020, DJe de 26/10/2020). No caso de medicamento vinculado a tratamento de **câncer, "a jurisprudência é assente no sentido de que a cobertura é obrigatória"**. Nesse sentido: AgInt no REsp 1.911.407/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 18/05/2021, DJe de 24/05/2021; AgInt no AREsp 1.002.710/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 04/05/2020, DJe de 07/05/2020; AgInt no AREsp 1.584.526/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/03/2020, DJe de 17/03/2020" (AgInt no REsp n. 2.053.152/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado

em 19/6/2023, DJe de 23/6/2023.), não dependendo de recomendação do CONITEC e do NATJUS, afastando o disposto § 13º no art. 10 da Lei nº 9.656/98, ainda mais que o medicamento também foi aprovado pelos principais Órgãos Regulatórios da Saúde no Mundo.

É devida, portanto, a cobertura integral do tratamento prescrito à autora pelo médico assistente, ainda que no seu curso haja a modificação do medicamento ou da prescrição, sem necessidade de ajuizamento de sucessivas ações, sob pena de inviabilizar a cura da paciente e a finalidade do contrato de plano de saúde, devendo haver a cobertura do tratamento de câncer mesmo que em ambiente domiciliar, quando é o caso.

Saliente-se que com o advento da Lei 14.454/2022, consoante o § 12 do art. 10 da Lei 9.656/98, o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui 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".

Cabe à Operadora prover os meios ao melhor atendimento da beneficiária, e não ao Poder Público, sob pena do disposto no art. 32 da Lei n. 9.656/98, no sentido de que: "serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS".

O fármaco prescrito conta com regular aprovação na ANVISA, sendo certo que a prescrição está baseada em evidências. A Medicina Baseada em Evidências (MBE), segundo a definição mais aceita é: "o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência clínica disponível ao tomar decisões sobre o tratamento de um paciente".

Consoante artigo científico publicado por Otávio Clark e Luciana Clark³: "por definição, é a integração da melhor evidência científica com a experiência clínica e os desejos individuais do paciente", assim discriminados:

Evidências: são as pesquisas clinicamente relevantes, especialmente aquelas centradas em pacientes e que prezam pela acurácia de testes diagnósticos, pelo poder de marcadores prognósticos e pela eficácia e segurança de procedimentos terapêuticos e preventivos.

Experiência clínica: é a capacidade de colocar em prática habilidades clínica e experiências anteriores para identificar rapidamente o estado de saúde de cada paciente, seu diagnóstico, seus riscos individuais e os benefícios de intervenções potenciais.

Desejos do paciente: incluem nosso entendimento e nosso reconhecimento da individualidade de cada ser humano, com preferências e expectativas únicas que ele traz à consulta médica e que devem ser integradas e respeitadas numa decisão clínica. Ser bom profissional implica utilizar tanto a experiência pessoal quanto a melhor evidências científica disponível. Lembre-se: nenhuma delas sozinha é suficiente.

³ <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331414543Urologia_cap48.pdf.> Acesso em 17.12.2023.

Assim, estão presentes os requisitos do art. 300 do CPC/2015 na decisão recorrida, pela obrigatoriedade da cobertura de tratamento de câncer prescrito pela médica assistente e sua premência, pela gravidade do estado da paciente conforme descrito, em inequívoco estado emergencial do art. 35-C, I, da Lei 9.656/98.

Dessa forma, é obrigatório o fornecimento do medicamento ainda que para uso *off label* e a cobertura integral do tratamento com suas evoluções, conforme a prescrição médica.

Pelo exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso da ré, majorando em 5% os honorários advocatícios recursais, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC/2015.

ALCIDES LEOPOLDO
Relator(a)
Assinatura Eletrônica