



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000402793

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1004530-81.2024.8.26.0004, da Comarca de São Paulo, em que é apelante POSTAL SAÚDE - CAIXA DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE DOS EMPREGADOS DOS CORREIOS, são apelados ROSANIA MARIA DA SILVA DE JESUS (INVENTARIANTE) e AGNUSDEI ROBERTO DE JESUS (ESPÓLIO).

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, 26 de abril de 2025.

ALCIDES LEOPOLDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO CÍVEL

Processo n.: 1004530-81.2024.8.26.0004

Comarca: São Paulo – F. R. Lapa (3ª Vara Cível)

**Apelante: Postal Saúde – Caixa de Assistência e Saúde dos
Empregados dos Correios**

Apelado: Espólio de Agnusdei Roberto de Jesus

Juiz: Sidney Tadeu Cardeal Banti

Voto n. 36.797

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE MEDICAMENTO. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

Autor, beneficiário de plano de saúde, diagnosticado com Neuroplasia Maligna do Encéfalo, teve indicação de tratamento com Avastin, cuja cobertura foi negada pela ré. Ação julgada procedente para condenar a ré a autorizar e custear o tratamento até o falecimento do autor.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de plano de saúde é obrigada a custear medicamento prescrito, mesmo que para uso off label, e se a negativa de cobertura é abusiva.

III. Razões de Decidir

3. A jurisprudência do STJ considera abusiva a cláusula que exclui do plano de saúde tratamento mais apropriado para paciente portador de câncer.

4. A operadora não pode limitar os procedimentos necessários ao tratamento da enfermidade coberta, devendo prover os meios ao melhor atendimento do beneficiário.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. É abusiva a recusa de cobertura de medicamento prescrito, mesmo para uso off label, quando necessário ao tratamento de enfermidade coberta. 2. A operadora deve custear o tratamento prescrito pelo médico assistente.

Legislação Citada:

Código de Processo Civil, art. 485, VI; art. 85, § 11.

Lei 9.656/98, art. 32.

Jurisprudência Citada:

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

STJ, AgRg no AREsp 488.347/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, j. 18/09/2014.

STJ, AgInt no REsp 2.046.502/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 11/9/2023.

Trata-se de ação cautelar, alegando o autor que é beneficiário de plano de saúde operado pela ré, e, por ter sido diagnosticado com Neuroplasia Maligna do Encéfalo (glioblastoma multiforme), teve indicação de tratamento com Avastin (bevacizumabe) (fls. 14/15), cuja cobertura foi negada (fls. 24), requerendo o deferimento da concessão dos efeitos da tutela cautelar de urgência para determinar que a requerida forneça o medicamento indicado, com confirmação ao final, em sentença, que defira os pedidos e julgue a ação procedente.

A r. sentença, cujo relatório se adota, confirmou a tutela concedida e julgou procedente a ação para condenar a ré na obrigação de fazer para autorizar e custear o tratamento quimioterápico indicado pelos médicos prescritores, até o momento da morte do autor, sob pena de eventual multa e substituição da vontade, condenando, ainda, a requerida nas custas, despesas processuais e honorários de 20% sobre o valor da causa atualizado (fls. 2.119/2.122)

A requerida apelou afirmando que não é caso de aplicação do Código de Defesa do Consumidor, por se tratar de pessoa jurídica de direito privado constituída, sem nenhuma finalidade lucrativa, o que a distingue da natureza de mera sociedade, com único objetivo de ofertar planos de saúde a um grupo fechado de beneficiários que são empregados da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – ECT, ou seja, é uma operadora de saúde na modalidade autogestão, o que impede a aplicação dos ditames previstos no CDC. Argumenta que agiu de forma legal, por não haver obrigação de fornecer o medicamento

solicitado, mas, diante da concessão da tutela, cumpriu imediatamente a determinação judicial e, logo depois, sobreveio a notícia do falecimento do autor da ação, tendo havido a solicitação de desistência da ação, com o que concordou a requerida, momento em que requereu a revogação da liminar, ante a perda do objeto, mas que o juízo de origem deixou de extinguir o feito sem resolução do mérito com a consequente revogação tácita da liminar. Aduz que o médico do autor prescreveu tratamento contrário ao que diz a bula do medicamento, adotando postura de indicação de tratamento experimental, sem comprovação científica, não se podendo falar em negativa de cobertura arbitrária, pois só cumpriu as determinações editadas pela ANS e que, diante do falecimento do autor, deve haver a extinção do feito sem resolução do mérito, com a revogação da liminar, ante a perda do objeto, nos termos do art. 485, VI do Código de Processo Civil.

Pugna pelo afastamento da aplicação do Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula 608, do STJ, e a reforma da sentença, para que seja o feito extinto sem resolução do mérito, com a revogação da liminar, ante a perda do objeto (fls. 2.139/2.158).

Foram apresentadas contrarrazões pugnando-se pela manutenção da sentença (fls. 2.164/2.180).

É o Relatório.

Verifica-se dos autos que, após o falecimento do autor, houve a tentativa de acordo para que a requerida concordasse com o fornecimento do medicamento até a morte do requerente (fls. 2.110/2.112), com o que não concordou a requerida que afirmou apenas concordar com a desistência da ação, se houvesse a revogação da liminar

deferida (fls. 2.113).

O Espólio apresentou nova petição (fls. 2.117/2.118) discordando da proposta da requerida (revogação da liminar), pois, se acaso concordasse, poderia ser cobrado pelo medicamento utilizado até a data do óbito.

Foi pela ausência de entendimento entre as partes que o processo foi sentenciado, subsistindo o interesse de agir, reconhecendo a ilegalidade e abusividade da recusa no fornecimento do medicamento prescrito ao autor (Avastin – fls. 14), diagnosticado com Neuroplasia Maligna do Encéfalo (glioblastoma multiforme), e julgada a ação procedente, confirmando a liminar anteriormente concedida.

A negativa de cobertura da ré fundamenta-se na ausência de previsão do procedimento no Rol da ANS

O Atezolizumabe é a substância ativa do medicamento Tacentriq®, ao passo que Bevacizumabe constitui a substância ativa do fármaco Avastin®, ambos com registro na ANVISA, não se cuidando na espécie de recusa de medicamento experimental, mas para uso *off label*, pois aprovados para o tratamento de diversos tipos de câncer.

Ainda que não se aplique o CDC aos contratos de plano de saúde de autogestão, consoante a Súmula 608 do STJ, não se afasta os deveres de cooperação, lealdade, assistência e boa-fé objetiva, que norteiam as relações contratuais, obrigando a Operadora a disponibilizar ao paciente os recursos prescritos e disponíveis, de forma que venha a obter o melhor resultado ao seu tratamento.

Não excluindo o plano do autor a cobertura para a doença que o acomete, não podem ser excluídos todos os procedimentos, exames, medicamentos, métodos e materiais necessários ao pronto restabelecimento e a melhoria do estado do paciente e do seu bem-estar (REsp 668.216/SP, Rel. Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, TERCEIRA TURMA, julgado em 15.03.2007, DJ 02.04.2007 p. 265; AgRg no AREsp 35.266/PE, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 18/10/2011, DJe 07/11/2011).

É assente perante o Superior Tribunal de Justiça que: "a jurisprudência deste Tribunal Superior é uníssona no sentido de que é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde terapia ou tratamento mais apropriado para determinado tipo de patologia alcançada pelo contrato" (AgRg no AREsp 488.347/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/09/2014, DJe 26/09/2014), bem como que: "o contrato de plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas não lhe sendo permitido, ao contrário, delimitar os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade constante da cobertura" (AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 24/06/2014, DJe 05/08/2014).

A Operadora não pode estabelecer o tratamento que a 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, independentemente de se tratar de procedimento ambulatorial, residencial ou obrigatório previsto na Resolução Normativa RN n. 465/2021, não tendo demonstrado que existe, para a cura ou atendimento do 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 é o presente caso de câncer sem outra solução terapêutica eficaz.

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.)

É devida, portanto, a cobertura integral do tratamento prescrito pelo médico assistente, sob pena de inviabilizar a cura da paciente e a finalidade do contrato de plano de saúde.

Cabe à Operadora prover os meios ao melhor atendimento do beneficiário, 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. O tratamento prescrito, como deflui do relatório médico de fls. 15, está baseado 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 Clark¹: "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.

Nesse sentido, recentes decisões do STJ são no sentido de que: "é abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de arcar com a cobertura do medicamento prescrito pelo médico para o tratamento do beneficiário, sendo ele off label, de uso domiciliar, ou

¹ <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1331414543Urologia_cap48.pdf.> Acesso em 17.12.2023.

ainda não previsto em rol da ANS, e, portanto, experimental, quando necessário ao tratamento de enfermidade objeto de cobertura pelo contrato. Precedentes" (AgInt no REsp 1849149/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/03/2020, DJe 01/04/2020; AgInt no REsp 1806691/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/03/2020, DJe 01/04/2020; (AgInt no AREsp 1429511/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/03/2020, DJe 19/03/2020).

Dessa forma, é obrigatória a cobertura do fornecimento do medicamento, ainda que para uso *off label*, segundo a ANVISA.

Inexistiu violação aos arts. 10, I e § 13 da Lei 9.656/98 e 421 e 422 do Código Civil.

Pelo exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso, majorando-se em 10% os honorários advocatícios recursais devidos pela apelante, em conformidade com o art. 85, § 11, do CPC/2015.

ALCIDES LEOPOLDO
Relator(a)