



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000426017

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1158388-38.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A, é apelada NAYARA PEREIRA FERREIRA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento parcial ao recurso, nos termos que constarão do acórdão. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores TASSO DUARTE DE MELO (Presidente sem voto), GUILHERME SANTINI TEODORO E JOSÉ PAULO CAMARGO MAGANO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

JOÃO BATTAUS NETO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1158388-38.2024.8.26.0100

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelado: Nayara Pereira Ferreira

Ação: Planos de Saúde – Fornecimento de Medicamentos

Origem: São Paulo – Foro Central (13ª Vara Cível)

Juiz de 1ª instância: Luiz Antonio Carrer

Voto nº 3806

APELAÇÃO – SAÚDE – Ação de obrigação de fazer, visando compelir a ré ao fornecimento de medicamento “Ocrelizumabe” para paciente portadora de esclerose múltipla – Negativa pelo plano de saúde de fornecer o medicamento por não constar no rol da ANS – Abusividade reconhecida – Rol ANS que é referência básica – Procedimento prescrito por médico assistente, não havendo indicação pela ré de tratamento médico terapêutico substituto eficaz, efetivo e seguro ao tratamento da autora – Ausência de prova da existência de outra terapia eficaz capaz de superar a prescrição médica – Medicamento aprovado pela ANVISA – Dever de custeio de medicamento mantido.

VALOR DA CAUSA que merece ajuste às doses indicadas do medicamento no laudo médico – Valor total do tratamento que não pode ser auferido – Alteração para R\$ 82.000,00 correspondente ao preço das duas doses semestrais necessárias prescritas à autora, considerando-se o preço comprovado pela operadora de saúde.

RECURSO PROVIDO EM PARTE, apenas para ajustar o valor da causa.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 400/404, cujo relatório se adota, que julgou procedente o pedido para confirmar a tutela de urgência concedida e condenar a parte ré para que autorize o custeio integral do tratamento da Esclerose Múltipla e patologias correlacionadas, incluindo todos os materiais e medicamentos necessários, em especial do medicamento Ocrevus (Ocrelizumabe) e os medicamentos adjuvantes necessários à infusão, conforme prescrição médica; bem como condenou a ré ao pagamento das despesas e custas processuais, bem como dos honorários advocatícios, arbitrados em 10% sobre o valor da causa atualizado.

A ré busca a reforma do *decisum* monocrático, sustentando que: a) deve ser modificado o valor da causa para R\$ 41.000,00 que corresponde a uma dose do medicamento pleiteado na inicial; b) o medicamento requerido pela autora não possui cobertura obrigatória pelo rol da ANS; c) o rol da ANS é taxativo, é só é excepcionado após preenchimento de requisitos listados em teses do C. STJ; d) a postura da autora evidencia afronta às DUT do rol de benefícios da ANS, de modo que os requerimentos devem ser julgados totalmente improcedentes; e) o contrato deve ser respeitado a fim de evitar onerosidade excessiva a toda comunidade segurada.

Tempestiva e preparada, vieram aos autos contrarrazões (fls. 429/441).

É a síntese do necessário.

De início, preservado o entendimento do ilustre magistrado sentenciante, merece acolhida a impugnação ao valor da causa. Com efeito, o caso aqui tratado aplica-se a regra do inciso II do art. 292 do Código de Processo Civil: *“na ação que tiver por objeto a existência, a validade, o cumprimento, a modificação, a resolução, a resilição ou a rescisão de ato jurídico, o valor do ato ou o de sua parte controvertida”*. Por isso, deve corresponder, na hipótese, ao valor do tratamento pretendido pela autora.

No entanto, não há como auferir, ainda, o valor econômico das providências requeridas, tratando-se de pedido ilíquido, o que permite que seja fixado de acordo com a estimativa da inicial (correspondente às doses indicadas semestralmente), que deve, portanto, ser observada.

Considera-se, ademais, que no caso dos autos, o valor da causa é mera estimativa na medida em que poderá ser alterado conforme a variações diversas, como alteração do valor do procedimento e quantidade de sessões necessárias, inclusive a própria substituição do medicamento.

Desta forma, visando equalizar as pretensões, o valor da causa merece ser ajustado para R\$ 82,000,00, correspondente às duas doses do medicamento, conforme preço comprovado pela ré.

No mérito, anota-se, desde já, que em se tratando de contrato de plano de saúde (tipo de adesão),

aplicáveis as disposições estampadas no Código de Defesa do Consumidor, sendo de rigor a interpretação das cláusulas contratuais interpretadas em favor da parte hipossuficiente, qual seja o beneficiário do plano, garantindo-se o estabelecimento do equilíbrio contratual.

Nesse sentido, restou sumulado pelo E. TJSP: *“O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”* (Súmula 100). No mesmo sentido, é entendimento pacificado pelo C. STJ: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”* (Súmula 608).

No caso, observa-se que a autora foi diagnosticada com esclerose múltipla remitente recorrente (CID 10 - G35) (fls. 50/54).

Em razão do diagnóstico supracitado, e diante dos graves efeitos colaterais apresentados pela paciente, pelo uso de medicamento anterior (Natalizumabe), o médico assistente entendeu por bem receitar à paciente o medicamento *“Ocrelizumabe 600mg na seguinte dosagem e protocolo de administração: • 1ª. Infusão: Ocrelizumabe 600mg: Infundir 300mg da medicação, diluída em SF 0.9% - administrar em BI durante 3 h; Após duas semanas: • 2ª. Infusão: Ocrelizumabe 600mg: Infundir 300mg da medicação, diluída em SF 0.9% - administrar em BI durante 3 h; Após 6 meses: • 3ª. Infusão:*

Ocrelizumabe 600mg: Infundir 300mg da medicação, diluída em SF 0.9% - administrar em BI durante 3h30. Deverá ser realizado 1h antes de cada administração da droga, medicação pré-infusão: 1. Difenidramina.....10mg IV; 2. Paracetamol 750mg.....01 cp. Avaliar sinais vitais antes e após administração do Ocrelizumabe.” (fls. 51)

Muito embora a prescrição médica, houve negativa de fornecimento do medicamento pela ré, sob a alegação de que referido tratamento não consta no rol da ANS.

Pois bem.

No caso, não resta controvérsia sobre a aplicação e efetividade do medicamento prescrito ao enfrentamento da moléstia que acomete à autora, restringindo-se a discussão quanto à obrigatoriedade de cobertura do medicamento pela operadora de saúde apelante.

Nesse ponto, destaca-se que, como sabido, nos exatos termos contratuais, pode a operadora de plano de saúde estabelecer quais enfermidades são cobertas pelo seguro, não podendo limitar, contudo, o tipo de tratamento clínico, intervenção, exames ou medicamentos voltados ao combate da patologia sofrida pela segurada.

Nesse sentido, é o entendimento sumulado por este E. Tribunal ao dispor que *“havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do*

procedimento.” (Súmula 96).

Tal previsão não resta afastada pela alegação da apelante no sentido de se tratar de procedimento médico não previsto no rol da ANS, visto que, nos moldes da súmula 102, TJSP: *“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”.*

Anota-se que, à luz do decido pelo C. STJ (EREsp. 1.886.929/SP e EREsp. 1.889,704/SP, 2ª Seção) *“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 ao Rol”* (j. 08.06.2022).

Em suas manifestações nos autos, a ré limitou-se a sustentar que o medicamento indicado não possui abrangência no rol da ANS, não se preocupando em indicar substitutos terapêuticos eficazes, efetivos e seguros a tratamento da autora, tampouco impugnou a eficácia do tratamento proposto.

Ademais, indisputável que a partir da vigência da Lei nº 14.454/2022, que alterou o art. 10 da Lei nº 9.656/98, restou afastado o caráter taxativo do rol da ANS:

“Art. 10. ... § 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica

para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde. § 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:- exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou- existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais."

Sendo assim, conforme nova redação da Lei nº 9.656/1998, dada pela Lei nº 14.454/2022, a operadora do plano de saúde deve cobrir o tratamento prescrito pelo médico, ainda que não listado no rol da ANS, o que sequer é o caso aqui tratado, já que o medicamento que a ré recusou fornecer está previsto como coberto pela ANS (anexo II da RN 465/2021).

Além disso, não se pode perder de vista a expressa requisição médica não deve ser olvidada, de modo que a negativa de cobertura de tratamento tido por indispensável aos cuidados da autora, portadora de esclerose múltipla, mostra-se

abusiva, sobretudo porque contrária ao princípio da boa-fé objetiva.

No caso, restou consignado pelo médico assistente que prescreveu o tratamento, em caráter de urgência que: *“Após cuidadosa avaliação do estado clínico da paciente e considerando a progressão da Esclerose Múltipla, **recomendo o início imediato e de urgência com OCREVUS (Ocrelizumabe)**, de alta eficiência para o perfil da paciente: alta carga lesional em ressonância magnética, com acometimento de medula, área que denota, segundo estudos científicos, fator de doença altamente ativa, progressão mais rápida da doença e risco de sequelas graves. (fls.51 - grifei), atestando assim, que uso do medicamento prescrito é imprescindível para a melhora do estado de saúde da autora.*

Ressalta-se que a ANS indica claramente no anexo II da RN 465/2021 ***“Cobertura obrigatória dos medicamentos Alentuzumabe ou Ocrelizumabe ou Ofatumumabe quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do grupo II. Após o início do tratamento a cobertura não será mais obrigatória caso o paciente apresente um dos critérios do Grupo III: Grupo I (...) b. **Esclerose Múltipla Recorrente Remitente** (EM-RR) ou Esclerose Múltipla Secundariamente progressiva (EM-SP); (...) e. **Falha terapêutica ao Natalizumabe, ou contra indicação ao seu uso continuado devido a risco aumentado** de desenvolver leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) definido pela presença de todos os***

fatores de risco descritos a seguir: resultado positivo para anticorpo an-VJC, mais de 2 anos de tratamento com natalizumabe e terapia anterior com imunossupressor; (grifei).”, preenchendo a autora os requisitos necessários à cobertura do medicamento.

Nesse sentido, expressivo número de ações visando compelir os planos de saúde a dar cobertura ao medicamento em pauta indica que muitos profissionais da medicina o reconhecem e recomendam. Nesse sentido, colacionam-se julgados deste E. TJSP:

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO OCRELIZUMABE. RECURSO PROVIDO. 1.- Ação cominatória movida em face da operadora visando o fornecimento do medicamento Ocrelizumabe para tratamento de esclerose múltipla, julgada improcedente. 2.- A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de plano de saúde é obrigada a fornecer o medicamento Ocrelizumabe, prescrito para tratamento de esclerose múltipla, após sua inclusão no rol da ANS. 3.- A recusa da operadora em fornecer o medicamento é considerada abusiva, pois o plano de saúde deve cobrir tratamentos necessários para a preservação da saúde do paciente. 4.- O medicamento Ocrelizumabe foi incluído no rol da ANS, tornando obrigatória sua cobertura. 5.- Sentença reformada para julgar a ação

procedente, confirmada a tutela de urgência. Recurso provido. (TJSP; Apelação Cível 1012891-09.2021.8.26.0161; Relator (a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Diadema - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/01/2025; Data de Registro: 31/01/2025)

Plano de saúde e Lei 9656/98. Obrigação da operadora de fornecer o medicamento indicado pelo médico neurologista para esclerose múltipla, tendo em vista a ineficácia do fármaco anterior. Precedente do STJ (AgInt. no Resp. 1926799 DF, DJ de 15-8-2024) no sentido de que o medicamento (ocrelizumabe) consta do anexo II, da Resolução ANS 465/2021, sendo injustificada a recusa ao argumento de que não cumprir exigências normativas administrativas. Dano moral (R\$ 8 mil reais) preservado para persuadir a operadora da necessidade de correto cumprimento contratual. Não provimento. (TJSP; Apelação Cível 1044058-28.2024.8.26.0100; Relator (a): Enio Zuliani; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 26ª Vara Cível; Data do Julgamento: 10/01/2025; Data de Registro: 10/01/2025)

Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde. Negativa de cobertura ao custeio do medicamento "Ocrevus – 300 mg" (Ocrelizumabe). Autora que é portadora de "Esclerose Múltipla" (CID10 – G35). Relatório médico que afirma a necessidade de

realização do tratamento, para controle da progressão da doença. Recusa injustificada. Medicamento que tem registro perante a Anvisa, mas não preencheria a DUT em relação ao tratamento ministrado. Bula que dispõe ser o medicamento indicado para a doença da Autora (págs. 269/279). Precedentes jurisprudenciais e Notas Técnicas favoráveis ao tratamento. Sentença de procedência mantida. Honorários sucumbenciais majorados para 12% do valor da causa (art. 85, § 11, do CPC). Recurso não provido. (TJSP; Apelação Cível 1001175-45.2024.8.26.0010; Relator (a): João Pazine Neto; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional X - Ipiranga - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/10/2024; Data de Registro: 24/10/2024)

Por fim, cumpre registrar que o medicamento tem aprovação na ANVISA, o que comprova sua evidente eficácia, afastando qualquer ideia de caráter meramente experimental.

Assim, à luz das disposições do Código de Defesa do Consumidor, reconhece-se a abusividade da negativa de cobertura fundada em cláusula limitada de fornecimento medicamentoso necessário ao resguardo da vida e saúde do paciente (art. 51, IV c.c. § 1º, I e II, CDC), determinando-se à ré o custeio do tratamento medicamentoso indicado “OCRELIZUMABE”, conforme prescrição médica.

Ante o exposto, pelo meu voto, **DOU**

PARCIAL PROVIMENTO ao recurso interposto pela operadora do plano de saúde a fim de ajustar o valor da causa para R\$ 82.000,00, ficando mantida a verba honorária fixada na origem.

Deixo de fixar honorários advocatícios recursais, seguindo o julgamento dos Recursos Especiais nº 1.865.553/PR, 1.865.223/SC e 1.864.633/RS, Tema Repetitivo 1059, que estabeleceu a seguinte tese: *“A majoração dos honorários de sucumbência prevista no art. 85, § 11, do CPC pressupõe que o recurso tenha sido integralmente desprovido ou não conhecido pelo tribunal, monocraticamente ou pelo órgão colegiado competente. Não se aplica o art. 85, § 11, do CPC em caso de provimento total ou parcial do recurso, ainda que mínima a alteração do resultado do julgamento ou limitada a consectários da condenação”*

JOÃO BATTAUS NETO

Relator