



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000426676

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001307-20.2024.8.26.0587, da Comarca de São Sebastião, em que é apelante UNIMED DE SANTOS COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, é apelado MARTA PINTO DE OLIVEIRA JESUS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 1) 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 IRINEU FAVA (Presidente sem voto), MARA TRIPPO KIMURA E GILBERTO FRANCESCHINI.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

PEDRO FERRONATO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 3228

APEL. Nº: 1001307-20.2024.8.26.0587

FORO : São Sebastião

APTE.: Unimed de Santos Cooperativa de Trabalho Médico

APDO.: Marta Pinto de Oliveira Jesus

SAÚDE SUPLEMENTAR – Obrigação de Fazer – Negativa de cobertura de exame Pet-CT – Operadora de saúde sustenta a regularidade da negativa de cobertura por ausência de previsão no rol da ANS para o caso dos autos – Inadmissibilidade – Beneficiária portadora de neoplasia maligna de colo uterino – Exame que se fazia necessário para adequação do tratamento – Doença coberta pelo plano de saúde – Recomendação de órgão técnico – Abusividade da recusa – Recurso não provido.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 122/129, que julgou procedente o pedido para determinar o cumprimento da obrigação de fazer consubstanciada em arcar com os custos do tratamento indicado na petição inicial.

Sustenta a cooperativa médica (fls. 132/143) a observância das diretrizes de utilização da ANS, de caráter taxativo, inexistindo cobertura obrigatória do exame pretendido para o quadro da apelada, de acordo, ainda, com a legislação atinente à espécie. Alega que o procedimento não incluído no rol depende de comprovação científica de sua eficácia, o que não foi trazido aos autos. Pede, por fim, o prequestionamento de toda a matéria.

Recurso tempestivo e preparado, sem contrarrazões.

É o relatório.

A determinação à ora apelante de cobertura do custeio do exame indicado à apelada – PET-CT com PSMA – era mesmo de rigor, mostrando-se correta a r. sentença vergastada.

Isso porque ao se analisarem os elementos dos autos, verifica-se que referido exame, ainda que sem indicação expressa no rol da ANS de utilização para a situação da beneficiária, deveria mesmo ser custeado pela operadora de saúde.

Com efeito, fixou o E. Superior Tribunal de Justiça, por meio de sua Segunda Seção, no julgamento do EResp n. 1886929/SP, de relatoria do Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 08/06/2022, o seguinte entendimento, conforme se extrai de trecho de sua ementa:

“11. 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.”.

E, pela leitura do pedido médico e relatórios colacionados às fls. 19/22, percebe-se estarem presentes as condições necessárias à cobertura do procedimento pela operadora, uma vez que a beneficiária do plano de saúde, previamente *“tratada por neoplasia maligna de colo uterino com quimio e radioterapia, evoluiu e em janeiro/2024 com hidronefrose à direita”*, buscando a profissional médica responsável, com o exame prescrito, maiores informações acerca da enfermidade, a fim de embasar decisões sobre os próximos passos terapêuticos.

O laudo de fls. 20 é claro em esclarecer a necessidade do procedimento, ao expor as possibilidades de avanço da doença, conforme acima exposto, e buscar diagnóstico mais preciso. Confira-se:

“Solicito exame para elucidar se sinais claros de recidiva de doença e sítio (para definição de tratamento oncológico) ou se sequela fibrótica de tratamento prévio.”

Há, ainda, **parecer favorável do NAT-Jus Nacional**, Nota Técnica 66209, que, no bojo de processo em curso perante a Justiça Estadual do Paraná, em análise de caso similar ao dos autos, relativo a paciente com diagnóstico de neoplasia maligna de colo do útero, emitiu parecer favorável ao uso da tecnologia, concluindo que ***“O uso de PET CT é propícia e adequada no seguimento de metástases e no acompanhamento de neoplasias malignas de colo uterino, segundo trabalhos recentes a PET CT é o melhor meio diagnóstico com esta finalidade.”***

Ademais, é de competência do médico a análise do potencial ou maior plausibilidade do procedimento apontado, sintonizado com a evolução da ciência e técnica médicas, e que também devem ser acompanhadas pela prestadora de plano ou seguro saúde, independentemente de aguardar-se alteração administrativa do rol da ANS, tido como de cobertura mínima.

Neste sentido trafega a Súmula 102 desta Corte:

“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.”

Observa-se, ainda, o disposto no art. 10, § 13, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Lei nº 14.454/2022:

“§ 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:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - 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.”

Nesse diapasão, tem-se que a cobertura contratual para o tratamento da doença que acometeu o beneficiário era incontestável, assim como inarredável a incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula nº 608 do STJ:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Obstar o necessário procedimento é medida ilegal, porque contraria a própria natureza do contrato do plano de saúde, cuja finalidade é de garantir a saúde em sua integralidade e não apenas parte dela. A disposição contratual fundada na limitação dos riscos não significa dizer que deva sempre ser

aceita como legítima, mas deverá ser examinada à luz da situação concreta, da boa-fé e das regras de proteção ao consumidor, que ostenta a condição de hipossuficiente na circunstância de aderente a contrato de prestação de serviços médicos, afigurando-se presente, aqui, a violação ao art. 51, IV, XV, e § 1º, II, da Lei nº 8078/90.

Referido posicionamento se coaduna com a orientação sufragada pelo E. Superior Tribunal de Justiça:

“Seguro saúde. Cobertura. Câncer de pulmão. Tratamento com quimioterapia. Cláusula abusiva.

1. O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas 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. 2. Recurso especial conhecido e provido.” (Resp 668216/SP, Terceira Turma, Rel. Min. CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, j. 15.03.07)

“Direito civil. Contrato de seguro em grupo de assistência médico-hospitalar, individual e familiar. Transplante de órgãos. Rejeição do primeiro órgão. Novo transplante. Cláusula excludente. Invalidade.

- O objetivo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto, desde que esteja prevista contratualmente a cobertura referente à determinada patologia; a seguradora se obriga a indenizar o segurado pelos custos com o tratamento adequado desde que sobrevenha a doença, sendo esta a

finalidade fundamental do seguro-saúde.

- Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor.

- Além de ferir o fim primordial do contrato de seguro-saúde, a cláusula restritiva de cobertura de transplante de órgãos acarreta desvantagem exagerada ao segurado, que celebra o pacto justamente ante a imprevisibilidade da doença que poderá acometê-lo e, por recear não ter acesso ao procedimento médico necessário para curar-se, assegura-se contra tais riscos.

- Cercear o limite da evolução de uma doença é o mesmo que afrontar a natureza e ferir, de morte, a pessoa que imaginou estar segura com seu contrato de seguro-saúde; se a ninguém é dado prever se um dia será acometido de grave enfermidade, muito menos é permitido saber se a doença, já instalada e galopante, deixará de avançar para a o momento em que se tornar necessário procedimento médico ou cirúrgico que não é coberto pelo seguro médico-hospitalar contratado.

- A negativa de cobertura de transplante apontado pelos médicos como essencial para salvar a vida do paciente, sob alegação de estar previamente excluído do contrato, deixa o segurado à mercê da onerosidade excessiva perpetrada pela seguradora, por meio de abusividade em cláusula contratual.

- A saúde é um direito social constitucionalmente assegurado a todos, cuja premissa daqueles que prestam tal assistência, deve ser a redução de riscos de doenças, para a sua promoção, proteção e recuperação, seja no plano privado, seja na esfera da administração pública.

- O interesse patrimonial da seguradora de obtenção de lucro, deve ser resguardado, por se tratar de um direito que lhe assiste, desde que devidamente prestado o serviço ao qual se obrigou, isto é, desde que receba o segurado o tratamento adequado com o procedimento médico ou cirúrgico necessário, que possibilite a garantia da saúde por inteiro, prestado de forma eficiente, integral e com qualidade, conforme assumido contratualmente e estabelecido

constitucionalmente.

- Assegura-se o lucro, desde que assumidos os riscos inerentes à tutela da saúde, tais como expostos na Constituição Federal, que não podem ficar somente a cargo do consumidor-segurado; fatiar a doença, ademais, não é o modo mais correto para obtenção de lucro.

- Com vistas à necessidade de se conferir maior efetividade ao direito integral à cobertura de proteção à saúde por meio do acesso ao tratamento médico-hospitalar necessário, deve ser invalidada a cláusula de exclusão de transplante do contrato de seguro-saúde, notadamente ante a peculiaridade de ter sido, o segurado, submetido a tratamento complexo, que incluía a probabilidade e não a certeza da necessidade do transplante, procedimento que, ademais, foi utilizado para salvar-lhe a vida, bem mais elevado no plano não só jurídico, como também metajurídico. Recurso especial conhecido, mas, não provido.” (Resp 1053810/SP, Rel.^a Min.^a NANCY ANDRIGHI, j. 17.12.09.)

A obrigação de custeio do exame pleiteado é, pois, certa, devendo ser integralmente mantida a decisão de Primeiro Grau.

Ante o exposto, pelo meu voto, **nega-se provimento** ao recurso, **majorando-se** a verba honorária para 13% do valor do proveito econômico, nos termos do artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil.

Visando a evitar oposição de embargos declaratórios para tal finalidade, considera-se prequestionada toda matéria constitucional e infraconstitucional invocada, observado posicionamento do Superior Tribunal de Justiça segundo o qual prescindível a citação de dispositivos legais que o fundamentam. Já é pacífico nesta e. Corte que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão tenha sido decidida. (EDcl no RMS 18205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, T5, j.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

18.04.2006).

PEDRO FERRONATO

Relator