



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000436285

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2112704-48.2025.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é agravado ALLEN YIN.

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, 6 de maio de 2025.

ALCIDES LEOPOLDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

AGRAVO DE INSTRUMENTO

Processo nº 2112704-48.2025.8.26.0000

Nº de 1ª Instância: 1022471-16.2025.8.26.0002

Comarca: São Paulo (F. R. de Santo Amaro - 4ª Vara Cível)

Agravante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Agravado: Allen Yin

Juíza: Jéssica de Paula Costa Marcelino

Voto n. 37.939

EMENTA: DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGADO PROVIMENTO.

I. Caso em Exame

Agravo de instrumento interposto contra decisão que deferiu tutela de urgência para cobertura integral de tratamento médico prescrito ao autor, incluindo radioembolização com esferas Ítrio-90 e ablação por micro-ondas, em hospital credenciado ao plano de saúde, devido à idade avançada e saúde debilitada 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 integralmente o tratamento prescrito pelo médico assistente, mesmo sem acordo comercial específico com o hospital credenciado para algum procedimento.

III. Razões de Decidir

3. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, conforme jurisprudência pacificada (Súmula 608).

IV. Dispositivo e Tese

4. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde não pode limitar o tipo de tratamento para doenças cobertas. 2. A cobertura de tratamento de câncer prescrito é obrigatória. 3. É devida, portanto, em análise perfunctória, a cobertura integral do tratamento prescrito o autor pelo médico assistente no hospital indicado que é credenciado, sob pena de inviabilizar a cura do paciente e a finalidade do contrato de plano de saúde, sem prejuízo de melhor apreciação no curso da ação principal. A possibilidade da realização dos procedimentos em outro nosocômio credenciado ou parte deles, como a radioembolização, é questão a ser melhor apreciada nos autos principais, uma vez que está presente o periculum in mora.

Legislação Citada: Lei 9.656/98, art. 12, inciso VI; art. 35-C, I; CPC/2015, art. 300.

Jurisprudência Citada:

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

STJ, REsp n. 1.733.013/PR, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 10/12/2019.

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

STJ, AgInt no AREsp n. 1.653.706/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 19/10/2020.

STJ, AgInt no REsp n. 2.053.152/SP, Rel. Min. Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 19/6/2023.

Trata-se de agravo de instrumento, com pedido de liminar, nos autos da ação de obrigação de fazer, das decisões proferidas nos autos de origem às fls. 64/65 e fls. 80 (embargos de declaração), que deferiu a tutela de urgência para que a ré dê cobertura integral ao tratamento da doença que acomete o autor, fornecendo-lhe a radioembolização com esferas Ítrio-90 (Y-90) – Fase I e II e a ablação por micro-ondas, com todos os materiais e exames necessário, conforme prescrição médica (fls. 33/34), até a alta definitiva, sob o fundamento de que o hospital onde o autor se encontra é credenciado ao plano de saúde (fls. 43), o autor tem idade avançada, saúde debilitada e o tratamento escolhido pelo seu médico, pelas provas até então trazidas aos autos, é que mais se adequa ao quadro do autor.

Sustenta a Operadora recorrente que não há a probabilidade do direito, pois, apesar de o Hospital Sírio-Libanês ser seu credenciado, não tem acordo comercial para a realização do exame de radioembolização, devendo o agravado realizá-lo em outro hospital, frisando que a equipe médica do requerente não aceitou a troca do local de internação para o Samaritano Paulista e, nos termos do art. 12, inciso VI, da Lei 9.656/98, o reembolso ou o custeio se dará nos limites das obrigações contratuais, somente quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas

operadoras, o que não é o caso.

Pleiteia a concessão do efeito suspensivo e a reforma da decisão para que seja revogada a decisão agravada.

Foi indeferido o efeito suspensivo.

É o Relatório.

Aprecia-se o presente recurso, a despeito da não intimação da parte agravada, pela ausência de prejuízo.

Consoante o Relatório Médico de fls. 33 dos autos de origem, o agravado possui histórico cirúrgico de nodulectomia hepática em 2014, apresentando novas lesões hepáticas no acompanhamento após cirurgia de colecistectomia e sendo submetido a ablação em 2015. Em reavaliação recente, foram observados 4 novos nódulos hepáticos e, após discussão multidisciplinar da oncologia com a radiologia intervencionista, em função do quadro, optou-se pela indicação de associação de métodos terapêuticos com a radioembolização com esferas de Ítrio-90 (Y-90) do nódulo maior para controle de progressão da doença e ablação por micro-ondas das lesões menores, sendo necessária a máxima brevidade na realização dos procedimentos em centro especializado no Hospital Sírio Libanês, sob risco de progressão da doença hepática.

A ré autorizou apenas parte dos procedimentos e materiais no Hospital Sírio-Libanês.

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 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 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.), entendimentos que se aplicam a todo o tratamento de câncer, 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, em análise perfunctória, a cobertura integral do tratamento prescrito o autor pelo médico assistente, sob pena de inviabilizar a cura do paciente e a finalidade do contrato de plano de saúde, sem prejuízo de melhor apreciação no curso da ação principal.

A possibilidade da realização dos procedimentos em outro nosocômio ou parte deles, como a radioembolização, é questão a ser melhor apreciada nos autos principais, pois, como bem reconhece o agravante, a matéria a discutida versa apenas sobre o preenchimento ou não dos requisitos para concessão da tutela de urgência.

Assim, estão presentes os requisitos do art. 300 do CPC/2015 na decisão recorrida, pela obrigatoriedade da cobertura de tratamento de câncer prescrito pelo médico assistente e sua premência,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

pela gravidade do estado do paciente conforme descrito, e por ser procedimento eletivo e não em estado emergencial do art. 35-C, I, da Lei 9.656/98, não significa que não esteja presente o *periculum in mora*, o que ocorre, devendo ser integral a cobertura conforme a prescrição do médico assistente.

Pelo exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao agravo de instrumento.

ALCIDES LEOPOLDO
Relator(a)
Assinatura Eletrônica