



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000472528

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2371735-49.2024.8.26.0000, da Comarca de Votuporanga, em que é agravante HB SAÚDE S/A, é agravado ELIZETE CRISTINA MOVIO PINSKI.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª 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 LIA PORTO (Presidente sem voto), MIGUEL BRANDI E FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI.

São Paulo, 15 de maio de 2025.

LUIZ ANTONIO COSTA

Relator

Assinatura Eletrônica

Voto nº 25/59969

Agravo de Instrumento nº 2371735-49.2024.8.26.0000

Comarca: Votuporanga

Juiz de 1ª Instância: Reinaldo Moura de Souza

Agravante: Hb Saúde S/A

Agravado: Elizete Cristina Movio Pinski

Agravo de Instrumento – Plano de Saúde – Ação de Obrigação de Fazer – Tutela de urgência deferida – Tratamento de Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) – Transtorno de humor bipolar (CID 1 F31.4) – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – Tratamento indicado por médico responsável pelo atendimento do paciente – Atenção ao princípio da boa-fé objetiva que norteia a relação jurídica entre as partes – Súmula 102 deste Tribunal – Decisão da 2ª Seção do STJ no EREsp nº 1.886.929 que não foi unânime, não possui caráter vinculante e envolve direitos protegidos constitucionalmente – Observância ao disposto no art. 10, §§ 12º e 13º, da Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei nº 9.656/1998 – Decisão mantida – Recurso improvido.

Recurso de Agravo de Instrumento interposto contra decisão proferida em autos de Obrigação de Fazer concedendo a tutela antecipada para determinar à Agravante, operadora de contrato de Plano de Saúde, a cobrir tratamento prescrito pelo médico que assiste beneficiária.

Recorre a Ré aduzindo, em síntese, que o atual entendimento do STJ é de que a natureza do rol da ANS é taxativa e não exemplificativa. Diz que obrigá-la a autorizar o benefício médico requerido em desacordo com as normas e resoluções elaboradas pela ANS é sentenciar a operadora de saúde ao cumprimento de obrigação

descabida. Sustenta não haver obrigatoriedade contratual e legal de cobertura. O procedimento nem mesmo é indicado para casos como o do Autor. Alega que a autorização da cobertura pretendida fere o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Defende a inexistência do direito pleiteado, bem como dos requisitos para a concessão da tutela de urgência. Pede a reforma da decisão, com vistas à revogação da tutela antecipada concedida.

Em cognição inicial, neguei o efeito suspensivo (fls. 98/101).

Interposto recurso de agravo interno, o mesmo foi improvido (fls. 180/183).

Contraminuta às fls. 166/176.

É o relatório.

A Agravada foi diagnosticada com transtorno de humor bipolar (CID 1 F31.4), necessitando de tratamento psiquiátrico, tendo sido prescrito pelo médico que a acompanha o uso de sessões de neuromodulação (Estimulação Magnética Transcraniana - EMT), dado o insucesso de outros tratamentos.

No relatório médico de fls. 56/57 o médico relata que com a utilização do tratamento acima indicado houve a melhora significativa no quadro da autora, quanto a “*funcionalidade, apatia,*

anedonia, qualidade do sono, melhora da angústia e pensamentos sobre morte reduzidos. Trouxe o relato de estar se alimentando melhor e conseguindo fazer 30 minutos de atividade física diariamente. Indiquei o espaçamento das outras 10 sessões – para completar o protocolo de 30 sessões com EMT em 2 sessões a cada 10 dias – como manutenção do tratamento. No entanto, na avaliação de sintomas, percebe-se uma melhora significativa após a realização dos estímulos magnéticos que perduram com qualidade por aproximadamente 7 dias.” (fls. 56)

Ressalto que meu entendimento já expressado em diversas decisões é o de que não pode a operadora de plano de saúde limitar o tratamento prescrito pelo médico.

A Agência Nacional de Saúde estabelece o rol de procedimentos e eventos da saúde, em atendimento à Lei n. 9656/98, trazendo a cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos e incluindo os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico e tratamento das doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde.

A Agência Nacional de Saúde tem, dentre outras funções, a de regulamentar os procedimentos obrigatórios que devem ser cobertos pelos planos de saúde; todavia, seu poder de regulamentar não é ilimitado, mas complementar à lei dos planos de saúde. Deve publicar, portanto, o rol mínimo de coberturas, não tendo poder para restringir ou limitar a responsabilidade das operadoras, que advém da lei e dos contratos celebrados com os consumidores.

Nesse sentido, a súmula n. 102, da Seção de Direito Privado I deste Tribunal:

“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.”

Há muito que a Jurisprudência desta Corte e do e. STJ, já tem firmado o entendimento de que as empresas operadoras de Contratos de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, ou aquelas que celebram contratos de seguro para cobertura desses mesmos serviços, não podem interferir nas recomendações médicas, assim como não podem se recusar a cobrir tratamentos que tenham direta relação com doença coberta ou mesmo procedimentos e exames que dela decorram, tudo porque as recusas contrariam a própria natureza do contrato.

No caso, a Agravada necessita do tratamento para controle da patologia, não podendo a operadora do contrato, por conta de cláusula contratual limitativa ou ausência de previsão, privar a paciente de submeter-se ao método terapêutico mais moderno disponível, ou mesmo àquele tratamento que diante das circunstâncias, melhor pode auxiliar no quadro de saúde da paciente, como indicado pelo médico.

A decisão agravada corretamente entendeu pela concessão da tutela de urgência, estando amparada na finalidade do contrato de plano de saúde que é a preservação da vida e saúde do beneficiário, nos termos do Código de Defesa do Consumidor.

Só ao profissional médico é dado estabelecer o método e o período necessário do tratamento que visa à cura do paciente.

Assim, mostram-se abusivos o impedimento ou a limitação ao tratamento prescrito, impondo desvantagem exagerada ao consumidor, que necessita do tratamento por completo com vistas à maior possibilidade terapêutica.

Ademais, a decisão da 2ª Seção do STJ no EREsp nº 1.886.929 não foi unânime, não possui caráter vinculante e envolve direitos protegidos constitucionalmente.

Também dispõe o art. 10, §§ 12º e 13º, da Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei nº 9.656/1998:

“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:

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

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”.

Como dito anteriormente, antes da publicação da referida lei, esse já era meu entendimento em casos análogos.

Há, ainda, recentes julgados desta c. Corte no mesmo sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO – PLANO DE SAÚDE – Tutela de Urgência – Pleito para compelir a operadora de saúde a fornecer tratamento quimioterápico com capecitabina associada a temozolamida – Beneficiário

diagnosticado com Tumor Neuroendócrino de alto grau do pâncreas (CID C25.9) com metástases hepáticas, estágio IV – Inicial instruída com relatório médico que prescreve a necessidade de tratamento com os fármacos pleiteados – Deferimento – Insurgência – Rejeição – Probabilidade do direito evidenciada – Súmulas 95 e 102 do TJSP – Possibilidade de uso off label da medicação – Rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar que constitui referência básica para os planos de saúde (Lei 14.454/22) – Evidente o perigo de dano irreparável à saúde e vida da autora sem o tratamento medicamentoso – Precedentes específicos do TJSP – Decisão mantida –
NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO. (TJSP; Agravo de Instrumento 2137657-13.2024.8.26.0000; Relator (a): Alexandre Coelho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Sumaré - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/06/2024; Data de Registro: 27/06/2024)

Plano de Saúde. Ação cominatória. Cobertura de tratamento oncológico. Sentença que julgou parcialmente procedente o pedido, com determinação de cobertura, em regra, em rede credenciada. Irresignação da ré. Preliminar. Cerceamento de defesa. Alegação de que a paciente omitiu o quadro oncológico no momento da contratação do plano de saúde. Beneficiária que não foi submetida a exame admissional. Diagnóstico recebido apenas após a contratação do plano. Provas requeridas

pela ré que não eram necessárias ao desate do litígio. Mérito. Aplicação da Súmula nº 609 do STJ e Súmula nº 103 desta Corte. Cenário de urgência identificado na documentação médica da autora, acometida por doença grave, o que determina a cobertura do tratamento oncológico, necessário ao resguardo da vida da paciente. Cobertura que deve se dar, em regra, em instituição credenciada. Sentença mantida. Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1002641-70.2023.8.26.0637; Relator (a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Tupã - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/11/2023; Data de Registro: 27/11/2023)

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Tutela provisória. Deferimento para impor à ré autorizar e custear o tratamento prescrito à autora, com a ministração dos medicamentos Dinotuximabe, Irinotecano e Temozolamida. Autora portadora de neuroblastoma, com infiltração de medula óssea e linfonodos à distância. Recusa aparentemente abusiva. Precedentes. Perigo de demora evidenciado. Decisão mantida. Recurso desprovido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2218672-38.2023.8.26.0000; Relator (a): Claudio Godoy; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 17/10/2023; Data de Registro: 17/10/2023)

Destarte, a decisão fica mantida como lançada.

Isso posto, pelo meu voto, **nego provimento ao recurso.**

Luiz Antonio Costa
Relator