



Número: **0716292-50.2024.8.07.0020**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **1ª Turma Cível**

Órgão julgador: **Gabinete do Des. Teófilo Caetano**

Endereço: **Praça Municipal Lote 1 Bloco B, Sala 408, Bloco A, 4º andar, ALA B, BRASÍLIA - DF, CEP: 70094-900**

Última distribuição : **07/03/2025**

Valor da causa: **R\$ 37.935,16**

Processo referência: **0716292-50.2024.8.07.0020**

Assuntos: **Fornecimento de medicamentos**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
MARINA FRANCO DE MOURA CINTRA (APELANTE)	
	ALINE VASCONCELOS TORRES (ADVOGADO)
BRADESCO SAUDE S/A (APELANTE)	
	VINICIUS SILVA CONCEICAO (ADVOGADO) LUCAS REIS LIMA (ADVOGADO) GUILHERME SILVEIRA COELHO (ADVOGADO)
BRADESCO SAUDE S/A (APELADO)	
	VINICIUS SILVA CONCEICAO (ADVOGADO) LUCAS REIS LIMA (ADVOGADO) GUILHERME SILVEIRA COELHO (ADVOGADO)
MARINA FRANCO DE MOURA CINTRA (APELADO)	
	ALINE VASCONCELOS TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74558456	30/07/2025 17:45	Ementa	Ementa

CIVIL, DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO COMINATÓRIA E INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. SEGURADA ACOMETIDA DE COLANGIOCARCINOMA INTRA-HEPÁTICO DE PEQUENOS DUCTOS. TRATAMENTOS ANTERIORES. QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA. RECIDIVA. TRATAMENTO INDICADO PELO MÉDICO ASSISTENTE. MEDICAMENTO IVOSIDENIBE (TIBSOVO). USO DOMÉSTICO. MEDICAMENTO INDICADO. OPERADORA. NEGATIVA DE FORNECIMENTO. MEDICAMENTO LICENCIADO E PADRONIZADO PARA TRATAMENTO DA ENFERMIDADE. AGREGAÇÃO NA MODALIDADE DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA CÂNCER. POSITIVAÇÃO. COBERTURA MÍNIMA OBRIGATÓRIA. MEDICAMENTO ANTINEOPLÁSICO (ART. 12, INCISO I, ALÍNEA 'C', DA LEI Nº 9.656/98). BENEFICIÁRIA DO PLANO. CONDIÇÕES PESSOAIS. ESTÁGIO DA DOENÇA. GRAVIDADE. ROL ESTABELECIDO PELO ÓRGÃO SETORIAL (RESOLUÇÃO NORMATIVA 465/ANS/2021). TAXATIVIDADE DO ROL DE COBERTURAS OBRIGATÓRIAS EDITADA PELA ANS (REsp 1.733.013/PR; EREsp 1.886.929 e 1.889.704). EXCEÇÕES. ENQUADRAMENTO NAS RESSALVAS LEGAIS. FORNECIMENTO. OBRIGATORIEDADE. INSERÇÃO NAS COBERTURAS MÍNIMAS OFERECIDAS. DISPENSAÇÃO OBRIGATÓRIA. (LEI Nº 9.656/98, ART. 10, VI, COMBINADO COM ART. 12, I, "C", E II, "G"). PRESCRIÇÃO. NATUREZA EMERGENCIAL. COBERTURA. CARÊNCIA. PRAZO LEGAL (180 DIAS). INCIDÊNCIA. AFASTAMENTO LEGAL. EXCLUDENTE DE COBERTURA PROVENIENTE DA FLUÊNCIA DO PRAZO DE CARÊNCIA. INFIRMAÇÃO. TRATAMENTO. OPERADORA. RECUSA ILEGÍTIMA. ILÍCITO CONTRATUAL. CONFIGURAÇÃO. DANO MORAL. QUALIFICAÇÃO. COMPENSAÇÃO PECUNIÁRIA DEVIDA. QUANTUM. AJUSTAMENTO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS. IMPOSIÇÃO À RÉ. BASE DE CÁLCULO. FIXAÇÃO. VALOR DO PROVEITO ECONÔMICO OBTIDO, TRADUZIDO PELO TOTAL DAS CONDENAÇÕES. CONTRARRAZÕES. PRELIMINAR. INÉPCIA DA PEÇA RECURSAL. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO ESPECÍFICA. AUSÊNCIA DE DIALETICIDADE. VÍCIO INEXISTENTE. APELO DA RÉ CONHECIDO E DESPROVIDO. APELO DA AUTORA CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA.

I. Caso em exame

1. Cuida-se de apelações interpostas em face da sentença que, resolvendo ação cominatória e indenizatória por danos morais, com pedido de tutela de urgência, manejada por beneficiária de plano de saúde em face da correlata operadora almejando, ao final, o custeio integral do tratamento com o fármaco que lhe fora prescrito, pois acometida de enfermidade neoplásica - Ivosidenibe (Tibsovo) -, além da condenação da operadora ao pagamento de indenização por danos morais, julgara os pedidos parcialmente procedentes.

II. Questão em discussão

2. O objeto da ação e dos apelos cinge-se à aferição da viabilidade de cominação à operadora de planos de saúde acionada da obrigação de custear o fármaco prescrito à beneficiária do plano, pois acometida de enfermidade neoplásica com recidiva, porquanto licenciado o medicamento para comercialização no país e indicado, no bulário aprovado, para tratamento da enfermidade, não sendo apenas inserido no rol de procedimentos da ANS como de cobertura obrigatória, e se a recusa de fornecimento enseja ilícito de relevância suficiente a macular os direitos da personalidade da consumidora; por fim, a controvérsia encarta, acaso acolhido o pedido, a definição da base de incidência dos honorários advocatícios de sucumbência.

III. Razões de decidir

3. Havendo simetria entre as razões recursais e o decidido, estando a argumentação desenvolvida destinada a ensejar resolução diversa da empreendida, ficando patenteado que os argumentos desenvolvidos dialogam com o resolvido, o apelo ressoa devidamente aparelhado via de argumentação apta a infirmar o que restara assentado na sentença como expressão da correta materialização do direito, tornando inviável que seja afirmada a inépcia da peça recursal sob o prisma de que não observara o princípio da dialeticidade, que é mero corolário do princípio dispositivo (CPC, art. 1.010, incisos II a IV).

4. Enlaçando operadora de serviço de plano de saúde como fornecedora e a contratante como destinatária final das coberturas avençadas, inscrevendo-se o liame havido na dicção dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, o contrato de plano de saúde emoldura-se como relação de consumo, sujeitando-se, pois, às regras protetivas derivadas do Código de Defesa do Consumidor, notadamente no que se refere à sujeição do avençado a exegese que se afigure mais consentânea com o objeto do pactuado e com os direitos do segurado (CDC, art. 47; STJ, súmula 608).

5. Conquanto legítima a fixação de prazo de carência para vigência das coberturas derivadas de plano de saúde, a condição deve ser pautada pelo legalmente estabelecido, não se afigurando viável sua fixação para as hipóteses de tratamento de urgência ou emergência em interstício superior ao legalmente autorizado, que é de 24 horas, consoante o estabelecido pelo legislador como forma de velar pela preservação do objetivado com a formalização do contrato (Lei nº 9.656/98, arts. 12, V, e 35-C), resultando que, transcorrido o interregno modulado, a operadora está obrigada a suportar as coberturas de tratamento de natureza emergencial ou de

urgência, enquadrando-se tratamento volvido a enfermidade neoplásica em recidiva em situação de tratamento emergencial, pois implica risco de vida à paciente.

6. A exata exegese da regulação que é conferida ao contrato de plano de saúde deve ser modulada em ponderação com a destinação do contrato e com as coberturas oferecidas e almejadas pelo contratante, resultando na aferição de que, afigurando-se o medicamento indicado indispensável ao tratamento que se afigura mais adequado, a par de enquadrado nas coberturas contratualmente asseguradas, deve ser privilegiada a indicação médica em ponderação com as coberturas oferecidas, pois destinadas ao custeio dos tratamentos alcançados pelos serviços contratados mais adequados e condizentes com as necessidades terapêuticas do beneficiário de acordo com os recursos oferecidos pelos protocolos médicos vigentes.

7. Contemplando o plano de saúde cobertura nos segmentos de atendimento ambulatorial e internação hospitalar, encarta obrigatoriamente a cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, consoante o disposto no artigo 10, inciso VI, combinado com o disposto no artigo 12, incisos I, alínea “c”, e II, alínea “g”, da Lei nº 9.656/98, tornando inviável que, não contemplando exclusão expressa quanto ao fornecimento de determinado medicamento, se recuse a operadora a fornecê-lo, a par de se tratar de fármaco licenciado e indicado para o tratamento da neoplasia que aflige a beneficiária, escudando-se na invocação da tese de que não é de fornecimento obrigatório, segundo as diretrizes emanadas do órgão setorial, pois, à míngua dessa disposição restritiva, deve ser privilegiada a boa-fé objetiva, a natureza do contrato e sua vocação jurídica.

8. A exata dicção do disposto no contrato de plano de saúde, ponderadas sua gênese, sua destinação e a natureza jurídica que encarta, a par do objeto da prestação, resulta em que, derivando de prescrição médica, tratando-se de fármaco licenciado para comercialização no país e indicado para tratamento da enfermidade e não sendo excluído expressamente das coberturas oferecidas, estando, ao invés, compreendido nas coberturas convencionadas, a indicação deve ser privilegiada, não se afigurando conforme o objetivado com a contratação do plano de saúde nem com a natureza do relacionamento dele derivado que, conquanto não discriminado o fármaco como de fornecimento obrigatório pelo órgão setorial, mas não excluído tópicamente e claramente pelo contrato, seja negado seu fornecimento se prescrito pelo médico assistente como mais indicado para o tratamento da enfermidade que acomete o paciente.

9. A Corte Superior de Justiça, em sede de julgamentos paradigmáticos, fixara que o rol de coberturas mínimas editado pela Agência Nacional de Saúde - ANS é, em regra, taxativo, contemplando exceções que, casuisticamente, podem levar à desconsideração da taxatividade e da ausência de previsão contratual para cobertura do tratamento demandado, e, assim, enquadrando-se a situação concreta nas exceções, pois evidenciado que o tratamento medicamentoso prescrito é o único apropriado e eficaz para cura da enfermidade que aflige a beneficiária do plano de saúde e que os demais oferecidos ordinariamente e cobertos são ineficazes, devem ser moduladas a taxatividade das coberturas pontuadas pelo órgão setorial e as coberturas contratadas, precipuamente quando se trata de fármaco licenciado e com indicação para tratamento da enfermidade que acomete a paciente segundo bulário oficial aprovado pelo órgão setorial (STJ, EREsp 1.886.929 e 1.889.704).

10. A Lei dos Planos de Saúde - Lei nº 9.656/98 -, com a nova redação conferida pela Lei nº 14.454/2022 aos §§ 12 e 13 do art. 10 do diploma legal, explicitara que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar atualizado pela ANS constitui referência básica para os planos privados de assistência à saúde, estabelecendo que, em caso de tratamento não previsto no referido rol, a cobertura deverá ser autorizada sob uma das seguintes condições: (i) existência de comprovação científica de sua eficácia; (ii) ou existência de recomendações da Conitec; (iii) ou existência de recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

11. A inovação inserida na Lei dos Planos de Saúde corrobora a taxatividade do rol de coberturas obrigatórias editado pela ANS, estabelecendo a viabilidade de ser assegurada cobertura fora do regulado, como exceção é regra geral, segundo a realização duma das condições pontuadas, as quais não são cumulativas, devendo a exegese dessa preceituação ser ponderada e apreendida segundo a premissa de que o tratamento demandado esteja inserido nas coberturas e que não exista terapêutica farmacológica disponível entre os fármacos dispensados obrigatoriamente, tornando imperativo que, tratando-se de fármaco indicado para tratamento de enfermidade neoplásica que acomete a beneficiária, licenciado para comercialização no país e com indicação para uso segundo o bulário aprovado, a operadora do plano o fomenta (Lei nº 9.656/98, arts. 10 e 12, I, “c”, e II, “g”).



12. Assimilada a indicação do fármaco para a patologia da qual padece a beneficiária do plano, transmutando-se, a partir dos diversos estudos promovidos pelos especialistas e consoante ratificação da agência reguladora nacional, cuidando-se, pois, de medicamento antineoplásico de uso oral autorizado para comercialização e indicado para tratamento da enfermidade, está previsto como sujeito à cobertura obrigatória por parte das operadoras de planos de saúde, por força do comando deontológico enunciado pelo art. 12, inc. I, alínea “c”, da Lei nº 9.656/1998, que estatui, para esses e outros casos, a cobertura mínima exigida das entidades que mantêm planos privados de assistência à saúde.

13. Não se afigura consoante a regulação que pauta o exercício da medicina e os planos de saúde que à entidade gestora de plano de saúde avoque para si atribuição inerente à competência do médico assistente e decida qual é o procedimento mais eficaz para tratá-lo, tampouco o medicamento mais adequado, implicando que, não estando a enfermidade excluída das coberturas de tratamento convencionadas, se se trata de medicamento licenciado pelo órgão setorial e procedimento realizado em adequação à correta prática médica, sua prescrição está reservada ao médico assistente, não podendo a operadora fiar-se na ausência de cobertura contratual para, sobrepondo-se ao ato médico, negar seu fomento.

14. A indevida recusa de custeio de procedimentos acobertados pelas coberturas convencionadas, conquanto indispensáveis ao tratamento e à delimitação da extensão da enfermidade e do tratamento que se afigura mais adequado à beneficiária por padecer de enfermidade grave, conforme prescrito pelo profissional que a assiste, a par de qualificar-se como inadimplemento contratual, irradia à paciente angústia, desassossego, apreensão e insegurança, afetando seu equilíbrio emocional, maculando substancialmente os atributos da sua personalidade, consubstanciando, pois, fato gerador do dano moral, legitimando que seja contemplada com compensação pecuniária compatível com a lesividade do ilícito que a vitimara e com os efeitos que lhe irradiara.

15. O dano moral, afetando os direitos da personalidade do ofendido e atingindo-lhe no que lhe é mais caro, se aperfeiçoa com a simples ocorrência do ato ilícito e aferição de que é apto a impregnar reflexos em sua personalidade, prescindindo sua qualificação da germinação de efeitos materiais imediatos, inclusive porque destina-se a sancionar o autor do ilícito e assegurar ao lesado compensação pecuniária como forma de atenuar as consequências que lhe advieram da ação lesiva que a atingira.

16. A mensuração da compensação pecuniária devida ao atingido por ofensas de natureza moral, conquanto permeada por critérios de caráter eminentemente subjetivo ante o fato de que os direitos da personalidade não são tarifados, deve ser efetivada de forma parcimoniosa e em conformação com os princípios da proporcionalidade, atentando-se para a gravidade dos danos havidos e para o comportamento do ofensor, e da razoabilidade, que recomenda que o importe fixado não seja tão excessivo a ponto de ensejar uma alteração na situação financeira dos envolvidos nem tão inexpressivo que redunde em uma nova ofensa à vítima, ponderado, ainda, o caráter pedagógico-profilático da cominação.

17. Sob a égide do novo estatuto processual, a verba honorária sucumbencial deve ser fixada com parâmetro no valor da condenação, do proveito econômico obtido ou do valor da causa, observada essa gradação e as premissas destinadas a viabilizar a apreciação dos serviços desenvolvidos pelo advogado da parte exitosa, salvo se inestimável ou irrisório o proveito econômico ou muito baixo o valor da causa (CPC, art. 85, §§ 2º e 8º).

18. Em se tratando de ação que encarta pedidos cominatório e indenizatório, acolhidas ambas as postulações, a interpretação sistemática da disposição normativa que regula a fixação dos honorários de sucumbência conduz à certeza de que os honorários imputados à parte vencida devem ter como base de incidência o proveito econômico obtido pela parte autora por refletir ambas as condenações, compreendendo a expressão da obrigação de fazer e a indenização assegurada.

IV. Dispositivo

19. Apelação da ré conhecida e desprovida. Apelação da autora conhecida e provida. Preliminar rejeitada. Sentença parcialmente reformada. Unânime.

