



Número: **0810303-44.2021.8.14.0000**

Classe: **AGRAVO DE INSTRUMENTO**

Órgão julgador colegiado: **1ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**

Última distribuição : **21/09/2021**

Valor da causa: **R\$ 60.855,00**

Processo referência: **0850658-66.2021.8.14.0301**

Assuntos: **Prestação de Serviços**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (AGRAVANTE)		DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)	
ANTONIO CARLOS DA LUZ ALEIXO (AGRAVADO)		NAYANE SADALLA RODRIGUES (ADVOGADO)	
NEIDEANA EWERTON ALEIXO (AGRAVADO)		NAYANE SADALLA RODRIGUES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
11999159	01/12/2022 00:52	<a href="#">Acórdão</a>	Acórdão
8416835	01/12/2022 00:52	<a href="#">Relatório</a>	Relatório
8416837	01/12/2022 00:52	<a href="#">Voto do Magistrado</a>	Voto
8416838	01/12/2022 00:52	<a href="#">Ementa</a>	Ementa



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ**

**AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) - 0810303-44.2021.8.14.0000**

AGRAVANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

AGRAVADO: ANTONIO CARLOS DA LUZ ALEIXO, NEIDEANA EWERTON ALEIXO

**RELATOR(A):** Desembargadora MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE

**EMENTA**

**AGRAVO INTERNO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO INTERLOCUTÓRIA QUE CONCEDEU TUTELA DE URGÊNCIA PARA CUSTEIO DE TRANSPLANTE. PRECEDENTES DO STJ. ROL EXEMPLIFICATIVO. PREVALÊNCIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA SOBRE ENTENDIMENTO DO PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO.**

**ACÓRDÃO**

Vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Privado, na 38ª Sessão Ordinária de 2022, realizada por meio da ferramenta plenário virtual, sistema PJE, à unanimidade, em conhecer e negar provimento ao recurso, nos termos do voto da Desembargadora Relatora. Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Sr. Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES. Turma Julgadora: Des. Maria Filomena de Almeida Buarque, Des. Constantino Augusto Guerreiro e a Des. Margui Gaspar Bittencourt. Belém (PA), data registrada no sistema. **MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE** Desembargadora Relatora



## RELATÓRIO

**1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO**

**ORIGEM: JUÍZO DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL DE BELÉM**

**AGRAVO INTERNO NO AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0810303-44.2021.8.14.0000**

**AGRAVANTE: UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**AGRAVADO: DECISÃO MONOCRÁTICA ID NUM 7016705**

**RELATORA: DESª. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**

## RELATÓRIO

### A EXMA. DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE:

Trata-se de **AGRAVO INTERNO** interposto por **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** em face da Decisão Monocrática **ID NUM. 7016705** que **desproveu Agravo de Instrumento** interposto pelo ora agravante contra decisão interlocutória proferida pelo Juízo de origem que concedeu tutela de urgência para custeio de tratamento médico hospitalar em cidade fora do Estado do Pará.

A decisão monocrática agravada apresenta a seguinte ementa:

**AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DO PLANO DE SAÚDE EM ARCAR COM TRANSPLANTE HEPÁTICO. ALEGAÇÃO DE TRATAMENTO NÃO INSERIDO NO ROL DA ANS. INADMISSIBILIDADE. RECUSA INJUSTA QUE CONTRARIA A FINALIDADE DO CONTRATO E REPRESENTA ABUSIVIDADE À LUZ DO CDC. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.**

A agravante **UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** (Num. 7479884) defende a reforma da monocrática agravada, ao argumento de que o tratamento em questão – transplante hepático - não está previsto no rol da ANS – Agência Nacional de Saúde, que regula o plano de saúde da Agravada.

Alega ainda que tal rol estabelece as coberturas mínimas obrigatórias a serem asseguradas pelos planos privados de assistência à saúde e que a negativa de cobertura se deu sob o amparo da Lei 9.656/1998 c/c art. 17 e 20, § 1º, I, "c" da RN 428/2017/ANS.



Sustenta que decisões desta natureza representam perigo na demora inverso, consubstanciado na inviabilidade financeira dos planos de saúde.

Requer a reforma da monocrática objurgada, para dar provimento ao agravo de instrumento e, por conseguinte, indeferir a tutela de urgência concedida na origem.

A parte contrária não apresentou manifestação ao Agravo Interno (Num. 8294564).

É o Relatório.

### VOTO

### VOTO

#### A EXMA. DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE:

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do presente recurso.

A presente irresignação não merece prosperar.

Em que pesem os argumentos expendidos no agravo, resta evidenciado das razões recursais que o agravante não trouxe nenhum argumento capaz de infirmar a decisão hostilizada, razão pela qual deve ser mantida, por seus próprios fundamentos.

Com efeito, prevê a Súmula 469 do STJ que a relação jurídica entre a seguradora e o segurado de plano de saúde é consumerista, razão pela qual a cláusula contratual que limita a cobertura de procedimentos médicos aos constantes no rol da ANS coloca o consumidor em flagrante desvantagem, devendo ser considerada abusiva por afronta aos artigos 4º, 51 do CDC.

No caso, o consumidor-segurado é beneficiário do plano de saúde foi diagnosticado com cirrótico de provável causa Nash, evoluindo com ascite de grande volume depois para lesão renal Kdigo, cardiopatia valvar de base, tendo necessidade de realizar transplante de fígado.



Aduziu o consumidor-segurado na origem que NÃO haveria disponibilidade para realização do transplante em Belém, mas somente nas cidades de São Paulo e Fortaleza, contudo a operadora de plano de saúde teria impedido o protocolo do requerimento, alegando que o contrato teria vigência apenas em Belém.

Embora o contrato de assistência médica disponha que somente há cobertura para os tratamentos incluídos na lista de procedimentos previstos no rol de procedimentos editado pela ANS, é certo também que referido contrato está submetido às normas do Código de Defesa do Consumidor. Inclusive, pacificada tal orientação no egrégio STJ, foi editada a Súmula 608 e 469 do STJ com o seguinte teor:

Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

Outrossim, o Superior Tribunal de Justiça já pacificou o entendimento de que é o médico, e não a operadora de plano de saúde, o responsável pela orientação terapêutica adequada ao paciente (REsp 1.721.705/SP, de 28/08/2018).

O precedente trata de situação muito mais extrema, em que o medicamento prescrito pelo oncologista clínico não tinha em sua bula recomendação para o tipo de câncer diagnosticado. Trata-se do chamado uso off-label.

Entretanto, a *ratio decidendi* amolda-se perfeitamente ao caso em questão, pois pacificou-se o seguinte entendimento:

“(…)

10. Quem decide se a situação concreta de enfermidade do paciente está adequada ao tratamento conforme as indicações da bula/manual da ANVISA daquele específico remédio é o profissional médico.

11. Autorizar que a operadora negue a cobertura de tratamento sob a justificativa de que a doença do paciente não está contida nas indicações da bula representa inegável ingerência na ciência médica, em odioso e inaceitável prejuízo do paciente enfermo.

(…)”.

(RECURSO ESPECIAL Nº 1.721.705 - SP (2017/0267383-8), RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI, 28/08/2018).

Por fim, o REsp 1.721.705/SP, apresenta a seguinte ementa:



RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. QUESTÃO DE ORDEM. PEDIDO DE DESISTÊNCIA. INDEFERIMENTO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AFASTADA. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO SOB O FUNDAMENTO DE CONSTITUIR TRATAMENTO EXPERIMENTAL. SÚMULA 7/STJ. RESOLUÇÃO NORMATIVA DA ANS. USO FORA DA BULA (OFF LABEL). EXORBITÂNCIA DA AGÊNCIA REGULADORA CONFIGURADA. COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. MANTIDA. AGRAVAMENTO DA SAÚDE JÁ DEBILITADA.

1. Ação ajuizada em 18/05/15. Recurso especial interposto em 10/02/17 e concluso ao gabinete em 16/11/17.

2. Ação de obrigação de fazer, ajuizada devido a negativa de fornecimento da medicação Temodal para tratar neoplasia maligna do encéfalo, na qual se requer seja compelida a operadora de plano de saúde a fornecer o tratamento conforme prescrição médica.

3. Questão de ordem. Pedido de desistência formulado pela recorrente não só após a inclusão do processo em pauta, mas juntado aos autos na véspera da respectiva sessão de julgamento. Inadmissibilidade de manipulação da jurisprudência do STJ sobre planos de saúde.

4. Interpretação conforme à Constituição do art. 998, parágrafo único, do CPC/15. Deve prevalecer como regra o direito da parte à desistência, mas verificada a existência de relevante interesse público, o Relator está autorizado, mediante decisão fundamentada, a promover o julgamento do recurso especial para possibilitar a apreciação da respectiva questão de direito, sem prejuízo de, ao final, conforme o caso, considerar prejudicada a sua aplicação à hipótese específica dos autos. Pedido de desistência indeferido, ante as concretas peculiaridades da hipótese em julgamento.

5. O propósito recursal consiste em definir se a operadora de plano de saúde está autorizada a negar tratamento prescrito por médico, sob o fundamento de que sua utilização em favor do paciente está fora das indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

6. Ausentes os vícios do art. 1.022, do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração.

7. O recurso especial não é a via adequada para revisão dos fatos delineados de maneira soberana pelo Tribunal de origem. Incidência da Súmula 7/STJ.

8. A Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde) estabelece que as operadoras de plano de saúde estão autorizadas a negar tratamento clínico ou cirúrgico experimental (art. 10, I).

9. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a Resolução Normativa 338/2013, vigente ao tempo da demanda, disciplinando que é considerado tratamento experimental aquele que



não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

**10. Quem decide se a situação concreta de enfermidade do paciente está adequada ao tratamento conforme as indicações da bula/manual da ANVISA daquele específico remédio é o profissional médico.**

**11. Autorizar que a operadora negue a cobertura de tratamento sob a justificativa de que a doença do paciente não está contida nas indicações da bula representa inegável ingerência na ciência médica, em odioso e inaceitável prejuízo do paciente enfermo.**

12. O caráter experimental a que faz referência o art. 10, I, da Lei 9.656 diz respeito ao tratamento clínico ou cirúrgico incompatível com as normas de controle sanitário ou, ainda, aquele não reconhecido como eficaz pela comunidade científica.

13. A ingerência da operadora, além de não ter fundamento na Lei 9.656/98, constitui ação iníqua e abusiva na relação contratual, e coloca concretamente o consumidor em desvantagem exagerada (art. 51, IV, do CDC).

14. A recorrida detectou o ressurgimento de um problema oncológico que imaginava ter superado e recebeu recomendação médica de imediato tratamento quimioterápico, com utilização do Temodal, sob pena de comprometimento de sua saúde. Esta delicada situação em que se encontrava evidencia o agravamento de sua condição de dor, de abalo psicológico e com prejuízos à saúde já debilitada, sobretudo diante de seu histórico clínico. Configurado o dano moral passível de compensação.

15. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração dos honorários advocatícios recursais.

(RECURSO ESPECIAL Nº 1.721.705 - SP (2017/0267383-8), RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI, 28/08/2018).

Por fim, há muito pacificou-se na Jurisprudência o entendimento de que o rol de procedimento previstos na Resolução n.º 428 da ANS é **exemplificativo**:

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. COBERTURA MÍNIMA. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. SÚMULA N. 83 DO STJ. DANO MORAL. NÃO IMPUGNAÇÃO DE FUNDAMENTO SUFICIENTE POR SI SÓ PARA A MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. SÚMULA N. 283 DO STF. QUANTUM INDENIZATÓRIO. SÚMULA N. 182/STJ. 1. Não é cabível a negativa de tratamento indicado pelo profissional de



saúde como necessário à saúde e à cura de doença efetivamente coberta pelo contrato de plano de saúde. 2. O fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor. 3. É inviável agravo regimental que deixa de impugnar fundamento da decisão recorrida por si só suficiente para mantê-la. Incidência da Súmula n. 283 do STF. 4. "É inviável o agravo do art. 545 do CPC que deixa de atacar especificamente os fundamentos da decisão agravada" (Súmula n. 182 do STJ). 5. Agravo regimental parcialmente conhecido e desprovido. (AgRg no AREsp 708.082/DF, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/02/2016, DJe 26/02/2016) (Destaquei)

Desta forma, conclui-se que a irresignação do agravante não encontra guarida na Jurisprudência dominante do Superior Tribunal de Justiça.

Por conseguinte, CONHEÇO E NEGÓ PROVIMENTO ao Agravo Interno, nos termos da fundamentação.

É o voto.

Belém, data registrada no sistema.

**MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**

**Desembargadora Relatora**





Belém, 30/11/2022



Assinado eletronicamente por: MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE - 01/12/2022 00:52:51

<https://pje-consultas.tjpa.jus.br/pje-2g-consultas/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22120100525142800000011674972>

Número do documento: 22120100525142800000011674972

**1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO**

**ORIGEM: JUÍZO DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL DE BELÉM  
AGRAVO INTERNO NO AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0810303-44.2021.8.14.0000**

**AGRAVANTE: UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**AGRAVADO: DECISÃO MONOCRÁTICA ID NUM 7016705**

**RELATORA: DESª. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**

## **RELATÓRIO**

### **A EXMA. DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE:**

Trata-se de **AGRAVO INTERNO** interposto por **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** em face da Decisão Monocrática **ID NUM. 7016705** que **desproveu Agravo de Instrumento** interposto pelo ora agravante contra decisão interlocutória proferida pelo Juízo de origem que concedeu tutela de urgência para custeio de tratamento médico hospitalar em cidade fora do Estado do Pará.

A decisão monocrática agravada apresenta a seguinte ementa:

**AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DO PLANO DE SAÚDE EM ARCAR COM TRANSPLANTE HEPÁTICO. ALEGAÇÃO DE TRATAMENTO NÃO INSERIDO NO ROL DA ANS. INADMISSIBILIDADE. RECUSA INJUSTA QUE CONTRARIA A FINALIDADE DO CONTRATO E REPRESENTA ABUSIVIDADE À LUZ DO CDC. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.**

A agravante UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (Num. 7479884) defende a reforma da monocrática agravada, ao argumento de que o tratamento em questão – transplante hepático - não está previsto no rol da ANS – Agência Nacional de Saúde, que regula o plano de saúde da Agravada.

Alega ainda que tal rol estabelece as coberturas mínimas obrigatórias a serem asseguradas pelos planos privados de assistência à saúde e que a negativa de cobertura se deu sob o amparo da Lei 9.656/1998 c/c art. 17 e 20, § 1º, I, “c” da RN 428/2017/ANS.

Sustenta que decisões desta natureza representam perigo na demora inverso, consubstanciado na inviabilidade financeira dos planos de saúde.



Requer a reforma da monocrática objurgada, para dar provimento ao agravo de instrumento e, por conseguinte, indeferir a tutela de urgência concedida na origem.

A parte contrária não apresentou manifestação ao Agravo Interno (Num. 8294564).

É o Relatório.



## **VOTO**

### **A EXMA. DESA. MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE:**

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do presente recurso.

A presente irresignação não merece prosperar.

Em que pesem os argumentos expendidos no agravo, resta evidenciado das razões recursais que o agravante não trouxe nenhum argumento capaz de infirmar a decisão hostilizada, razão pela qual deve ser mantida, por seus próprios fundamentos.

Com efeito, prevê a Súmula 469 do STJ que a relação jurídica entre a seguradora e o segurado de plano de saúde é consumerista, razão pela qual a cláusula contratual que limita a cobertura de procedimentos médicos aos constantes no rol da ANS coloca o consumidor em flagrante desvantagem, devendo ser considerada abusiva por afronta aos artigos 4º, 51 do CDC.

No caso, o consumidor-segurado é beneficiário do plano de saúde foi diagnosticado com cirrótico de provável causa Nash, evoluindo com ascite de grande volume depois para lesão renal Kdigo, cardiopatia valvar de base, tendo necessidade de realizar transplante de fígado.

Aduziu o consumidor-segurado na origem que NÃO haveria disponibilidade para realização do transplante em Belém, mas somente nas cidades de São Paulo e Fortaleza, contudo a operadora de plano de saúde teria impedido o protocolo do requerimento, alegando que o contrato teria vigência apenas em Belém.

Embora o contrato de assistência médica disponha que somente há cobertura para os tratamentos incluídos na lista de procedimentos previstos no rol de procedimentos editado pela ANS, é certo também que referido contrato está submetido às normas do Código de Defesa do Consumidor. Inclusive, pacificada tal orientação no egrégio STJ, foi editada a Súmula 608 e 469 do STJ com o seguinte teor:

Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

Outrossim, o Superior Tribunal de Justiça já pacificou o entendimento de que é o médico, e não a operadora de plano de saúde, o responsável pela orientação terapêutica adequada ao paciente (REsp 1.721.705/SP, de 28/08/2018).

O precedente trata de situação muito mais extrema, em que o medicamento



prescrito pelo oncologista clínico não tinha em sua bula recomendação para o tipo de câncer diagnosticado. Trata-se do chamado uso off-label.

Entretanto, a *ratio decidendi* amolda-se perfeitamente ao caso em questão, pois pacificou-se o seguinte entendimento:

“(...)

10. Quem decide se a situação concreta de enfermidade do paciente está adequada ao tratamento conforme as indicações da bula/manual da ANVISA daquele específico remédio é o profissional médico.

11. Autorizar que a operadora negue a cobertura de tratamento sob a justificativa de que a doença do paciente não está contida nas indicações da bula representa inegável ingerência na ciência médica, em odioso e inaceitável prejuízo do paciente enfermo.

(...)”.

(RECURSO ESPECIAL Nº 1.721.705 - SP (2017/0267383-8), RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI, 28/08/2018).

Por fim, o REsp 1.721.705/SP, apresenta a seguinte ementa:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. QUESTÃO DE ORDEM. PEDIDO DE DESISTÊNCIA. INDEFERIMENTO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDISSIONAL. AFASTADA. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO SOB O FUNDAMENTO DE CONSTITUIR TRATAMENTO EXPERIMENTAL. SÚMULA 7/STJ. RESOLUÇÃO NORMATIVA DA ANS. USO FORA DA BULA (OFF LABEL). EXORBITÂNCIA DA AGÊNCIA REGULADORA CONFIGURADA. COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. MANTIDA. AGRAVAMENTO DA SAÚDE JÁ DEBILITADA.

1. Ação ajuizada em 18/05/15. Recurso especial interposto em 10/02/17 e concluso ao gabinete em 16/11/17.

2. Ação de obrigação de fazer, ajuizada devido a negativa de fornecimento da medicação Temodal para tratar neoplasia maligna do encéfalo, na qual se requer seja compelida a operadora de plano de saúde a fornecer o tratamento conforme prescrição médica.

3. Questão de ordem. Pedido de desistência formulado pela recorrente não só após a inclusão do processo em pauta, mas juntado aos autos na véspera da respectiva sessão de julgamento. Inadmissibilidade de manipulação da jurisprudência do STJ sobre planos de saúde.

4. Interpretação conforme à Constituição do art. 998, parágrafo único,



do CPC/15. Deve prevalecer como regra o direito da parte à desistência, mas verificada a existência de relevante interesse público, o Relator está autorizado, mediante decisão fundamentada, a promover o julgamento do recurso especial para possibilitar a apreciação da respectiva questão de direito, sem prejuízo de, ao final, conforme o caso, considerar prejudicada a sua aplicação à hipótese específica dos autos. Pedido de desistência indeferido, ante as concretas peculiaridades da hipótese em julgamento.

5. O propósito recursal consiste em definir se a operadora de plano de saúde está autorizada a negar tratamento prescrito por médico, sob o fundamento de que sua utilização em favor do paciente está fora das indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

6. Ausentes os vícios do art. 1.022, do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração.

7. O recurso especial não é a via adequada para revisão dos fatos delineados de maneira soberana pelo Tribunal de origem. Incidência da Súmula 7/STJ.

8. A Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde) estabelece que as operadoras de plano de saúde estão autorizadas a negar tratamento clínico ou cirúrgico experimental (art. 10, I).

9. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a Resolução Normativa 338/2013, vigente ao tempo da demanda, disciplinando que é considerado tratamento experimental aquele que não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

**[10. Quem decide se a situação concreta de enfermidade do paciente está adequada ao tratamento conforme as indicações da bula/manual da ANVISA daquele específico remédio é o profissional médico.](#)**

**11. Autorizar que a operadora negue a cobertura de tratamento sob a justificativa de que a doença do paciente não está contida nas indicações da bula representa inegável ingerência na ciência médica, em odioso e inaceitável prejuízo do paciente enfermo.**

12. O caráter experimental a que faz referência o art. 10, I, da Lei 9.656 diz respeito ao tratamento clínico ou cirúrgico incompatível com as normas de controle sanitário ou, ainda, aquele não reconhecido como eficaz pela comunidade científica.

13. A ingerência da operadora, além de não ter fundamento na Lei 9.656/98, constitui ação iníqua e abusiva na relação contratual, e coloca concretamente o consumidor em desvantagem exagerada (art. 51, IV, do CDC).

14. A recorrida detectou o ressurgimento de um problema oncológico



que imaginava ter superado e recebeu recomendação médica de imediato tratamento quimioterápico, com utilização do Temodal, sob pena de comprometimento de sua saúde. Esta delicada situação em que se encontrava evidencia o agravamento de sua condição de dor, de abalo psicológico e com prejuízos à saúde já debilitada, sobretudo diante de seu histórico clínico. Configurado o dano moral passível de compensação.

15. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração dos honorários advocatícios recursais.

(RECURSO ESPECIAL Nº 1.721.705 - SP (2017/0267383-8), RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI, 28/08/2018).

Por fim, há muito pacificou-se na Jurisprudência o entendimento de que o rol de procedimento previstos na Resolução n.º 428 da ANS é **exemplificativo**:

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. DOENÇA PREVISTA NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. COBERTURA MÍNIMA. INTERPRETAÇÃO MAIS FAVORÁVEL AO CONSUMIDOR. SÚMULA N. 83 DO STJ. DANO MORAL. NÃO IMPUGNAÇÃO DE FUNDAMENTO SUFICIENTE POR SI SÓ PARA A MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. SÚMULA N. 283 DO STF. QUANTUM INDENIZATÓRIO. SÚMULA N. 182/STJ. 1. Não é cabível a negativa de tratamento indicado pelo profissional de saúde como necessário à saúde e à cura de doença efetivamente coberta pelo contrato de plano de saúde. 2. O fato de eventual tratamento médico não constar do rol de procedimentos da ANS não significa, per se, que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado, pois, tratando-se de rol exemplificativo, a negativa de cobertura do procedimento médico cuja doença é prevista no contrato firmado implicaria a adoção de interpretação menos favorável ao consumidor. 3. É inviável agravo regimental que deixa de impugnar fundamento da decisão recorrida por si só suficiente para mantê-la. Incidência da Súmula n. 283 do STF. 4. "É inviável o agravo do art. 545 do CPC que deixa de atacar especificamente os fundamentos da decisão agravada" (Súmula n. 182 do STJ). 5. Agravo regimental parcialmente conhecido e desprovido. (AgRg no AREsp 708.082/DF, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/02/2016, DJe 26/02/2016) (Destaquei)

Desta forma, conclui-se que a irresignação do agravante não encontra guarida na Jurisprudência dominante do Superior Tribunal de Justiça.

Por conseguinte, CONHEÇO E NEGO PROVIMENTO ao Agravo Interno, nos termos



da fundamentação.

É o voto.

Belém, data registrada no sistema.

**MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE**  
**Desembargadora Relatora**





**AGRAVO INTERNO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO INTERLOCUTÓRIA QUE CONCEDEU TUTELA DE URGÊNCIA PARA CUSTEIO DE TRANSPLANTE. PRECEDENTES DO STJ. ROL EXEMPLIFICATIVO. PREVALÊNCIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA SOBRE ENTENDIMENTO DO PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO.**

**ACÓRDÃO**

Vistos, etc.

Acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores componentes da 1ª Turma de Direito Privado, na 38ª Sessão Ordinária de 2022, realizada por meio da ferramenta plenário virtual, sistema PJE, à unanimidade, em conhecer e negar provimento ao recurso, nos termos do voto da Desembargadora Relatora. Julgamento presidido pelo Excelentíssimo Sr. Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES. Turma Julgadora: Desa. Maria Filomena de Almeida Buarque, Des. Constantino Augusto Guerreiro e a Desa. Margui Gaspar Bittencourt. Belém (PA), data registrada no sistema. **MARIA FILOMENA DE ALMEIDA BUARQUE** Desembargadora Relatora

