



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2026.0000887666

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1012056-88.2023.8.26.0019, da Comarca de Americana, em que é apelante --, é apelada ---.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª 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 DÉBORA BRANDÃO (Presidente sem voto), CESAR MECCHI MORALES E COSTA NETTO.

São Paulo, 14 de setembro de 2026.

VITO GUGLIELMI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 69.749

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1012056-88.2023.8.26.0019

RELATOR : DESEMBARGADOR VITO GUGLIELMI
APELANTE : ---
APELADO : ---



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA : AMERICANA _ 2ª VARA CÍVEL

PLANO DE SAÚDE. PRETENDIDO FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO USTEQUINUMABE (STELARA) DE QUE NECESSITA A AUTORA, EM VIRTUDE DE HAVER SIDO DIAGNOSTICADA COM DOENÇA DE CROHN. CASO EM QUE, EMBORA A LIMITAÇÃO DA COBERTURA CONTRATUAL SE INSIRA NO ÂMBITO DA AUTONOMIA DE MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DAS PARTES NO CONTRATO, A JURISPRUDÊNCIA VEM SE ORIENTANDO FIRMEMENTE NO SENTIDO DO RECONHECIMENTO DO CARÁTER ABUSIVO DAS CLÁUSULAS DE EXCLUSÃO. PRECEDENTES DO STJ E SÚMULA Nº. 95 DO TJSP. COBERTURA DEVIDA. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO.

1. Trata-se de recurso de apelação, tempestivo e bem processados, interposto contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer ajuizada por --- em face de ---.

Sustenta a autora que é beneficiária do plano de saúde da ré. Informa que é portadora de DOENÇA DE CROHN. Aduz que *“fez uso de medicamentos como corticoide, antibiótico, mesalazina, supositório e não apresentou resposta adequada”*. Afirma que lhe foi prescrito o medicamento Tofacitinibe, contudo as crises persistiam. Alega que, diante disso, *“seu médico entendeu por bem a prescrição do medicamento USTEQUINUMABE (Stelara) que possui aprovação pela Anvisa e indicação terapêutica em bula para o caso da autora”*. Assevera que *“se não controlada a doença, a autora corre o risco de ter*

2

que usar bolsa de colostomia e agravará severamente os riscos de desenvolver câncer de intestino”. Diz que, *“apesar do tratamento estar em acordo com o rol de procedimentos da ANS, a operadora de saúde recusou o fornecimento alegando ausência de evidência científica”*. Requereu concessão da tutela de urgência para obrigar a ré a custear o medicamento USTEQUINUMABE, em ambiente ambulatorial,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

conforme prescrição médica. Requer, por fim, a procedência da ação de obrigação de fazer com a confirmação da tutela de urgência.

O pedido liminar foi deferido (fls. 120/122).

O Juízo *a quo* julgou procedente a ação de obrigação de fazer (fls. 790/793). Considerou que *“o laudo pericial judicial (fls. 720/727) foi categórico ao afirmar que a autora não respondeu à terapia convencional nem ao biológico anterior (tofacitinibe). O expert ressaltou que o tratamento com Ustequinumabe é eficaz e seguro, tendo levado a paciente ao estado de remissão endoscópica, o que confirma a acuidade da prescrição.”*. Entendeu que *“a Lei 14.454/2022 stabeleceu a natureza exemplificativa do Rol da ANS, permitindo a cobertura de tratamentos fora da lista desde que haja comprovação de eficácia baseada em evidências científicas, o que restou sobejamente demonstrado nos autos.”*. Condenou, portanto, a *“requerida à obrigação de fazer consistente em fornecer e custear, de forma integral e contínua, o medicamento USTEQUINUMABE (Stelara), na dosagem e periodicidade prescritas pelo médico assistente, enquanto perdurar a necessidade clínica.”*

Inconformada, apela a ré (fls. 797/821). Diz que *“o laudo pericial apresentado apresenta lacunas que comprometem sua validade para a presente demanda, especialmente pelo fato de que a divergência se dá em razão de negativa baseada em Diretriz de Utilização, editada pela ANS.”*. Afirma que *“as diretrizes técnicas editadas pela ANS apresentam critérios objetivos e técnicos para o fim de cobertura de determinado tratamento. Não cumpridos os requisitos, não há cobertura obrigatória – até porque o tratamento só possui cobertura para os casos previstos na DUT.”*. Alega que não houve *“demonstração através de evidências científicas de alto nível de que o tratamento indicado pelo médico assistente se enquadra nas exceções delineadas pelo STF.”*. Assevera que *“o paradigma da Lei 14.454/22 e que motivou o §13º do Art. 10 da Lei 9.656/98 é a ausência de tratamento no rol, e no caso dos autos, há tratamento previsto no rol, devendo o*

3

médico assistente escolher no arsenal de medicamentos aquele já validado nos protocolos médicos do rol da ANS.”. Conclui que foi correta a conduta da operadora. Requer o provimento do recurso de apelação para julgar a ação improcedente.

Processados os recursos (fl. 824), vieram aos autos



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

contrarrazões (fls. 827/835).

É o relatório.

2. Trata-se de ação de obrigação de fazer ajuizada por --- em face de ---, pleiteando a cobertura pela ré de medicamento USTEQUINUMABE (Stelara) prescrito à autora, portadora de DOENÇA DE CROHN.

Como sempre tenho me posicionado sobre o tema, a matéria relativa às discussões acerca dos limites e responsabilidades dos planos de assistência médica tem sofrido, ao longo de sua interpretação, alguma divergência doutrinária e significativos debates em sede jurisprudencial.

De toda sorte, é preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato, sob pena de, com base no Código de Proteção e Defesa do Consumidor, criar-se um verdadeiro direito não escrito e não pactuado, ao sabor das mais diversas interpretações subjetivas das partes e dos próprios órgãos do Poder Judiciário.

O que não se pode deixar de reconhecer é que os planos de saúde, sejam os de prestação de serviço, sejam os de seguro médico, são atividades econômicas exercidas por empresas, e que, portanto, buscam, como resultado dessa atividade, um lucro.

Posta assim a questão, e certo que o contrato é tipicamente de seguro, não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas de responsabilidade. Até porque o prêmio pago guarda nítido cálculo atuarial em relação ao risco assumido.

O que não se deve permitir, *e que é bem diferente*, com base no Código do Consumidor, é apenas a presença de cláusulas dúbias, omissas ou abusivas.

4

Limitar a responsabilidade em função do prêmio é o procedimento normal em qualquer contrato de seguro. Não impressionam, com todo o respeito que merecem, os argumentos de que se justapõem direitos diversos (patrimônio e vida) e, portanto, toda solução deve ser dirigida à parte, ao menos em princípio, hipossuficiente no contrato.

Planos de saúde existem vários e com as mais diversas coberturas. E, obviamente, cada qual tem seu preço.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Na medida em que, sob o apanágio do Código do Consumidor, se igualam, por força de decisões, os riscos assumidos, duas situações surgem, necessariamente. A primeira, direcionada à seguradora, a inviabilizar a atividade econômica. A segunda, direcionada a todos os consumidores, agravados no prêmio, pela verdadeira “socialização” dos eventuais prejuízos. Permite-se antever, sem dificuldade, que será mais cômodo optar pelos planos de menor prêmio e depois buscar o afastamento de todas as limitações.

Ainda que moral ou eticamente sejam defensáveis alguns posicionamentos, com eles o direito, no mais das vezes, não se compadece. Na medida em que se despreza a autonomia da manifestação de vontade, cria-se a insegurança jurídica, desrespeita-se o ato jurídico perfeito e acabado (C.R., artigo 5º, inciso XXXVI). E nada, no estado de direito, é mais grave.

O Poder Judiciário não pode criar obrigações contratuais inexistentes. Pode *— e deve —* coibir o abuso do direito. Não o uso regular, dentro dos princípios constitucionais. Isso só se defere à própria lei.

Nunca é demais ressaltar que a prestação ilimitada de *assistência à saúde* é dever do Estado, por expressa disposição constitucional (artigo 196, desse mesmo diploma), e não dos particulares, no exercício da livre atividade econômica.

Portanto, e se o Estado não cumpre *— como deve e* deveria *—* esse dever, certamente não é transferindo aos particulares esse ônus que as dificuldades serão superadas. No caso concreto, e a inviabilizar a procedência da ação ajuizada, há de se considerar que as cláusulas contratuais excludentes de cobertura que não geram qualquer dúvida.

Nem se pode entender, como regra, presente a

5

vulnerabilidade do consumidor. Ainda que isso seja possível, deve ser analisada concretamente. Eventual presunção legal é circunstância bem diversa, e se refere à *prova* e não ao direito.

Não é vedado, legalmente, o estabelecimento de cláusulas restritivas, ao contrário do que se afirma. O que a jurisprudência tem orientado, bem ao contrário, é que as limitações não são admitidas apenas quando omissas no contrato ou duvidosas.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

É a vontade das partes, validamente manifestada. Dizer que é “longa” ou “curta” é ilação subjetiva, sem suporte jurídico.

Todavia, em que pese o entendimento até então adotado por este Relator, não se desconhece que a jurisprudência vem se orientando no sentido de considerar abusiva a cláusula que prevê a exclusão de cobertura em qualquer hipótese análoga à dos autos (cf. AgRg no AResp n. 259570-MG, Rel. Min. Sidnei Beneti, j. 11.12.12, AgRg no AResp n. 143474-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 02.10.12, AgRg no Resp n. 1201998-RJ, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. 14.08.12, AgRg no Ag n. 1341183-PB, Rel. Min. Massami Uyeda, j. 10.04.12, dentre outros).

Não bastasse, o Colendo Órgão Especial desta Corte aprovou recentemente súmulas que versam sobre questões relacionadas ao plano de saúde e firmou entendimento no sentido de que “**Havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura do custeio ou fornecimento de medicamentos associados a tratamento quimioterápico**” (Súmula 95).

No caso em apreço, para além de ser incontroverso nos autos que a requerente é beneficiária do plano de saúde operado pela ré, trouxe ela aos autos relatório médico atestando os problemas de saúde que enfrenta, fazendo-se necessário o tratamento – com a medicação em testilha (fls. 22/24).

Logo, a fim de evitar prolongamento da lide com a interposição de novos recursos, e levando em conta o interesse das partes, além do dever dos Tribunais em manter estável, íntegra e coerente a jurisprudência uniformizada (consoante se verifica dos artigos 926 e 927 do Código de Processo Civil), curva-se este Relator ao entendimento majoritário para concluir pela procedência do pedido cominatório da autora.

6

Em acréscimo, e para que não passe ao largo, não se desconhece que, mais recentemente, ao ordenamento jurídico sobrevieram as inovações constantes da Lei nº 14.454/2022, que modificou a Lei nº 9.656/98, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar.

Assim sendo, hodiernamente prescreve o artigo 10, da Lei nº 9.656/98 que:



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

[...]

§ 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: (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

II - existam recomendações pela Comissão

7

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. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Portanto, as inovações normativas advindas da Lei 14.454/22 afastam o entendimento inserto no precedente vinculante estabelecido pelo Superior Tribunal de Justiça acerca da natureza *taxativa* do sobredito rol — prevalecendo, pois, a sua natureza *exemplificativa*, cuja ampliação, no caso, é autorizada pela existência de numerosos estudos científicos a justificar a adequação da prescrição médica efetuada.

Com o resultado, mantém-se a sucumbência tal qual fixada, majorando-se os honorários advocatícios devidos pela ré ao patrono da autora ao percentual de 11% do valor da causa, nos termos do artigo 85, §§ 2º e 11 do Código de Processo Civil.

3. Nestes termos, nega-se provimento ao recurso.

Vito Guglielmi

Relator