A ESPERANÇA JURÍDICA ALÉM DO PROGNÓSTICO: O DIREITO AO TRANSPLANTE HEPÁTICO INTERVIVOS NO CARCINOMA HEPATOCELULAR AVANÇADO E A RESPOSTA DA JUDICIALIZAÇÃO

1. INTRODUÇÃO: O NOVO PARADIGMA DA SOBREVIDA NA ONCOLOGIA DE ALTA COMPLEXIDADE

A intersecção entre o avanço biotecnológico e o Direito tem redesenhado as fronteiras daquilo que a sociedade compreende como o limite da vida humana. No campo da oncologia de alta complexidade, o conceito de terminalidade tem sido sistematicamente desafiado e reescrito por novas abordagens terapêuticas. Patologias que historicamente representavam uma sentença definitiva de óbito a curto prazo, hoje, encontram na medicina de precisão janelas concretas de cura e sobrevida prolongada. Contudo, este triunfo da ciência médica frequentemente esbarra em uma barreira de natureza estritamente econômico-administrativa: a resistência das operadoras de planos de saúde em custear tratamentos inovadores.

O presente artigo acadêmico, estruturado sob a ótica do Direito Médico, da Bioética e do Direito do Consumidor, tem o propósito de esclarecer e informar a sociedade acerca dos direitos fundamentais que orbitam o tratamento do câncer hepático avançado. Especificamente, será abordado o cenário de pacientes diagnosticados com carcinoma hepatocelular de grande volume que, embora inicialmente considerados inoperáveis, alcançam a regressão da doença sem apresentar metástase sistêmica. Nesses casos, a literatura médica reconhece que pode haver tratamento com intenção curativa: o transplante de fígado intervivos (com doador vivo).

Infelizmente, a prática do mercado de saúde suplementar demonstra que as operadoras de planos de saúde, com frequência, resistem a arcar voluntariamente com o altíssimo custo desta intervenção e de suas terapias preparatórias, e não raro os pacientes acabam enquadrados em protocolos de cuidados exclusivamente paliativos. O objetivo desta exposição é demonstrar que o diagnóstico de câncer hepático avançado sem metástase extra-hepática nem sempre significa o fim da linha terapêutica, e que a judicialização da saúde não é apenas um direito, mas um instrumento legítimo e, muitas vezes, indispensável para afastar a negativa abusiva das operadoras e viabilizar a

realização do transplante.

2. A DESCONSTRUÇÃO DA TERMINALIDADE: O CARCINOMA HEPATOCELULAR E O CONCEITO DE *DOWNSTAGING*

Para que a tutela jurídica seja efetiva, o jurista e a sociedade devem compreender a evolução do quadro clínico subjacente. O carcinoma hepatocelular é a neoplasia maligna primária mais frequente do fígado e configura uma das principais causas de mortalidade oncológica no mundo[1].

Em sua manifestação avançada, a doença frequentemente se associa a uma cirrose hepática subjacente e à invasão agressiva de estruturas vasculares vitais, como a trombose tumoral da veia porta ou da veia cava. Historicamente, a presença desta invasão vascular e o grande volume tumoral excluíam o paciente de qualquer possibilidade cirúrgica, restando-lhe prognósticos sombrios de poucos meses de vida[2].

Entretanto, a medicina intervencionista moderna desenvolveu estratégias de resgate eficazes em pacientes selecionados, com destaque para a radioembolização hepática transarterial[3]. Este procedimento consiste na injeção de microesferas radioativas de Ítrio-90 (Y-90) diretamente na artéria que nutre o tumor. Diferentemente da quimioembolização, cujo efeito depende em grande parte da isquemia (corte do suprimento sanguíneo), a radioembolização age principalmente pela radiação de alta dose liberada no interior do tumor, com efeito embólico mínimo, e atinge as células neoplásicas de forma seletiva, poupando o parênquima hepático saudável adjacente.

O resultado clínico desta terapia em pacientes selecionados é o fenômeno conhecido na literatura médica mundial como *downstaging*, ou seja, o rebaixamento do estágio da doença. Através do *downstaging*, tumores que antes eram inoperáveis podem sofrer necrose extensa e

[1] BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 74, n. 3, p. 229-263, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38572751/. Cf. também LLOVET, J. M. et al. Hepatocellular carcinoma. Nature Reviews Disease Primers, v. 7, art. 6, 2021. Acesso em 03/11/2026.
[2] Disponível em: https://xiahepublishing.com/2310-8819/JCTH-2020-00037. Acesso em 12/05/2026.
[3] SALEM, R. et al. Yttrium-90 Radioembolization for the Treatment of Solitary, Unresectable HCC: The LEGACY Study. Hepatology, v. 74, n. 5, p. 2342-2352, 2021. DOI: 10.1002/hep.31819. Acesso em 03/11/2026.

redução de volume[4]. Quando exames de imagem de altíssima precisão, como a Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT), atestam que o tumor regrediu significativamente e, o mais importante, que a doença permanece estritamente confinada ao fígado, sem qualquer metástase extra-hepática, o prognóstico muda substancialmente: o paciente pode voltar a ser candidato a tratamento com intenção curativa[5].

Neste estágio, em que o tumor foi contido mas o órgão (fígado) encontra-se exaurido pela cirrose e pelas sequelas do tratamento radioterápico, em regra, a via terapêutica capaz de oferecer a cura definitiva e o prolongamento da vida é o transplante hepático. Confira, abaixo, quadro explicativo sobre o carcinoma hepatocelular e o conceito de *downstaging*:

Estágio Clínico do Carcinoma Hepatocelular	**Características Morfológicas e Fisiológicas**	**Abordagem Terapêutica Primária Indicada**	**Expectativa Clínica e Prognóstica**
Avançado Inoperável (ao Diagnóstico)	Tumor de grande volume, invasão vascular da veia porta, ausência de metástase extra-hepática.	Terapia locorregional de resgate (Radioembolização transarterial com Ítrio-90).	*Downstaging* (regressão tumoral), controle da doença, necrose das células malignas e reestadiamento[6].
Pós-Downstaging (Estabilidade)	Carga tumoral reduzida, doença restrita ao parênquima hepático, fígado cirrótico descompensado.	Transplante Hepático Intervivos (ressecção oncológica e reconstrução vascular complexa).	Intenção curativa, eliminação do tecido neoplásico, sobrevida prolongada, comparável, em pacientes selecionados, à de estágios precoces.
Disseminação Sistêmica (Falência)	Invasão extra-hepática generalizada	Terapias sistêmicas paliativas (imunoterapia e/ou	Ortotanásia, controle álgico (dor), foco

[4] Cf. notas 2 e 3.
[5] Cf. notas 1 a 3.
[6] Carvalho VO, Galastri FL, Affonso BB, Falsarella PM, Valle LGM, Ferraz-Neto BH, Rezende MB, Motta-Leal-Filho JMD, Garcia RG, Nasser F. Transarterial radioembolization for liver tumors as neoadjuvant therapy: three case reports. Einstein (Sao Paulo). 2020 Feb 27;18:eRC4990. doi: 10.31744/einstein_journal/2020RC4990. PMID: 32130329; PMCID: PMC7032884.

	(metástases ósseas, pulmonares) ou refratariedade às terapias locorregionais.	inibidores de tirosina quinase) e cuidados paliativos exclusivos.	exclusivo na qualidade de vida durante a terminalidade.

3. O TRANSPLANTE HEPÁTICO INTERVIVOS: A SOLUÇÃO CIRÚRGICA E A URGÊNCIA DO DOADOR VIVO

Diante da constatação inequívoca de que o paciente respondeu ao tratamento locorregional e que o câncer está circunscrito ao fígado, o transplante passa a ser a indicação terapêutica para consolidar o resultado obtido e buscar a cura.

No entanto, o sistema público de alocação de órgãos de doadores falecidos (cadáveres) obedece a filas e critérios rigorosos baseados na gravidade da doença hepática e na classificação oncológica. Pacientes cujo tumor ultrapassou os critérios oncológicos de seleção (como os Critérios de Milão) ou que apresentaram invasão vascular macroscópica, como a trombose tumoral portal, frequentemente ficam excluídos da lista de espera por doadores falecidos, ou têm acesso muito restrito a ela, conforme os critérios do regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes e a avaliação da equipe transplantadora[7].

É neste cenário de urgência premente que a ciência médica oferece o Transplante Hepático Intervivos. Este procedimento de excepcional complexidade permite que uma pessoa saudável (frequentemente um familiar direto, como um filho) doe uma porção de seu próprio fígado ao paciente receptor. Graças à extraordinária capacidade de regeneração do tecido hepático, tanto o órgão remanescente no doador quanto a porção transplantada no receptor regeneram-se e recuperam a função metabólica em algumas semanas, completando o crescimento em poucos meses.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.041, de 25 de setembro de 2025 (republicada em 21/01/2026), que institui a Política Nacional de Doação e Transplantes e aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (Anexo I-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017), em substituição ao antigo Anexo I. Disponível em: https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2026/01/PORTARIA-GM_MS-N-8.041-DE-25-DE-SETEMBRO-DE-2025-republicacao-em-21-01-2026.pdf. Acesso em 03/11/2026.

Ocorre que, no contexto específico do carcinoma hepatocelular avançado com histórico de trombose portal, a cirurgia de transplante não é um procedimento padrão. A extensa fibrose gerada pela radiação prévia e os resquícios de células neoplásicas nas estruturas venosas exigem que a intervenção seja realizada por uma equipe superespecializada, capaz de executar a ressecção radical do órgão doente e a reconstrução vascular milimétrica (das veias cava e porta) no exato momento do implante. A complexidade cirúrgica e a exigência de infraestrutura de terapia intensiva de vanguarda tornam este procedimento extremamente oneroso, o que explica, embora não justifique juridicamente, a relutância das operadoras de planos de saúde em autorizar a cobertura e custear as equipes especializadas necessárias.

4. O ABUSO INSTITUCIONAL E A TENSÃO BIOÉTICA: CUIDADOS PALIATIVOS *VERSUS* INTENÇÃO CURATIVA

Um dos capítulos mais dramáticos na trajetória de pacientes oncológicos na saúde suplementar ocorre exatamente na iminência do transplante. Enquanto se preparam para a cirurgia definitiva, é comum que os pacientes apresentem episódios graves de descompensação fisiológica, manifestando ascite volumosa (acúmulo de líquido no abdômen), edemas severos e sinais de disfunção renal associada à insuficiência hepática.

No exato momento em que o paciente necessita de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com suporte hemodinâmico rigoroso para recuperar as forças e suportar o trauma cirúrgico do transplante, não raro as instituições hospitalares credenciadas adotam uma conduta diametralmente oposta. Orientados por uma avaliação excessivamente restritiva do quadro oncológico passado, ou influenciados por políticas de contenção de custos de internação prolongada, os hospitais credenciados optam por enquadrar o paciente, de forma unilateral, em protocolos de "cuidados paliativos exclusivos".

Quando divergente da indicação do médico assistente, essa conduta revela profunda tensão bioética e pode configurar violação jurídica. A equipe hospitalar da rede credenciada, ao não "acreditar" na viabilidade do transplante, deixa de investir em suporte terapêutico pleno e passa a fornecer apenas o suporte mínimo para o que consideram uma morte inevitável.

4.1. O Princípio da Soberania do Médico Assistente

A jurisprudência brasileira, atenta a esse risco, consolidou o entendimento que se convencionou chamar de primazia (ou soberania) do médico assistente. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem reiteradamente decidido que compete ao médico habilitado que acompanha o paciente (e que domina a totalidade do seu intrincado histórico clínico) indicar a opção terapêutica adequada para a doença.

Não incumbe à operadora de plano de saúde, tampouco à auditoria burocrática de um hospital credenciado, discutir ou desautorizar o procedimento curativo prescrito. Se o médico especialista do paciente atesta formalmente que o tratamento com Ítrio-90 foi um sucesso, que a doença está limitada ao fígado e que o transplante intervivos é a via curativa possível e indicada, a imposição de cuidados paliativos pela rede do plano de saúde mostra-se abusiva.

A operadora pode restringir, por contrato, as enfermidades cobertas, mas é-lhe absolutamente vedado limitar os tratamentos necessários para buscar a cura das patologias cuja cobertura é legalmente obrigatória[8].

Esse entendimento deve, contudo, ser lido em conjunto com o julgamento da ADI 7265 pelo Supremo Tribunal Federal (item 5.1): para tratamentos não previstos no rol da ANS, a prescrição do médico assistente é requisito necessário, mas não suficiente, e o relatório médico apresentado pela parte não pode ser o único fundamento da decisão judicial. Daí a importância de relatórios médicos completos, acompanhados de evidência científica de qualidade.

4.2. A Ortotanásia contraposta à Mistanásia na Saúde Suplementar

O campo da bioética nos fornece o vocabulário exato para qualificar a conduta abusiva das operadoras nessas circunstâncias. A "ortotanásia" representa a morte em seu tempo natural, caracterizada pela recusa de tratamentos fúteis e desproporcionais quando a doença é, de fato,

[8] STJ, 3ª Turma, REsp 668.216/SP, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, 2007: “o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura”.

irreversível e terminal, sendo o momento em que os cuidados paliativos plenos e o conforto são as únicas vias éticas[9].

Contudo, quando um paciente possui um diagnóstico de câncer estabilizado, é elegível para um transplante que pode salvar sua vida, e ainda assim tem o tratamento de terapia intensiva negado, empurrando-o precocemente para o óbito por falta de suporte orgânico, estamos diante da "mistanásia"[10]. A mistanásia consiste na morte miserável, antecipada e evitável, resultante da omissão de socorro, da negligência ou da má gestão administrativa, quando a contenção de custos se sobrepõe ao investimento na vida do consumidor. A imposição unilateral de cuidados paliativos nestes moldes não é um ato de compaixão médica, mas uma falha grave na prestação do serviço, que legitima a intervenção do Poder Judiciário.

Confira o quadro abaixo explicativo:

Conceito Bioético	**Definição Teórica e Prática**	**Aplicação no Contexto da Saúde Suplementar Oncológica**	**Natureza Jurídica**
Ortotanásia	Morte natural, sem abreviação ou prolongamento artificial desproporcional.	Adoção de cuidados paliativos quando o câncer apresenta metástase sistêmica intratável e os recursos curativos estão esgotados.	Conduta lícita, ética e garantidora da dignidade no fim da vida.
Mistanásia	Morte miserável, antecipada por falha do sistema, negligência ou restrição econômica.	Imposição de cuidados paliativos a paciente elegível para transplante, negando-lhe suporte de UTI e o procedimento	Conduta ilícita, abusiva, configurando defeito na prestação do serviço e violação do direito à saúde e à vida.

[9] Disponível em: https://www.revistaeidon.es/index.php/revistaeidon/article/download/143/120/. Acesso em 12/05/2026.
[10] Ibidem.

		curativo por contenção de custos.	
Soberania do Médico Assistente	Primazia da decisão do médico que acompanha clínica e diretamente o doente sobre auditores de planos de saúde.	O médico do paciente, e não a operadora, determina se o paciente possui viabilidade para a cirurgia de transplante após o *downstaging*.	Entendimento jurisprudencial consolidado no STJ e nos Tribunais Estaduais; para tratamentos fora do rol, deve ser conjugado com os requisitos da ADI 7265 (STF).

5. O FUNDAMENTO JURÍDICO: DEFESA DO CONSUMIDOR, BOA-FÉ E O FIM DO ROL TAXATIVO ABSOLUTO

A arquitetura de defesa do paciente frente à negativa de cobertura do transplante intervivos edifica-se sobre sólidos pilares do Direito brasileiro. A relação jurídica entabulada entre a pessoa física e a operadora de saúde suplementar caracteriza-se, em regra, como relação de consumo. O Superior Tribunal de Justiça sedimentou este entendimento na Súmula nº 608, segundo a qual se aplica o Código de Defesa do Consumidor (CDC) aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

Sob o prisma consumerista, o paciente portador de neoplasia grave e insuficiência hepática encontra-se no ápice da hipervulnerabilidade técnica, informacional e, sobretudo, fisiológica. O artigo 51, inciso IV e §1º, do CDC fulmina de nulidade as cláusulas contratuais que estabeleçam obrigações iníquas, abusivas, ou que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, incompatível com a boa-fé ou a equidade. Negar a fase curativa final de um tratamento oncológico, após o próprio plano de saúde ter financiado as terapias preliminares de *downstaging*, configura uma afronta direta à função social do contrato (art. 421 do Código Civil), cujo objeto primário é a preservação da saúde e a garantia da vida.

5.1. A Lei nº 14.454/2022 e a Superação da Taxatividade do Rol da ANS

Um dos argumentos mais recorrentes utilizados pelas operadoras para negar a cobertura de procedimentos cirúrgicos altamente complexos, como a reconstrução vascular avançada no transplante hepático intervivos após radioembolização, era a suposta ausência destas técnicas específicas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)[11]. Durante anos, as operadoras sustentaram que o rol da ANS possuía caráter taxativo, blindando-as da obrigação de custear qualquer intervenção médica não expressamente catalogada.

Esse cenário foi significativamente modificado pela promulgação da Lei Federal nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, marco legislativo na saúde suplementar brasileira[12]. O advento dessa legislação afastou a tese da taxatividade absoluta do rol. A nova lei alterou a Lei nº 9.656/1998, determinando expressamente, em seu artigo 10, §12, que o rol da ANS constitui apenas a "referência básica" (cobertura mínima) para os planos privados de assistência à saúde.

Mais profundo ainda foi o impacto do §13 inserido pela mesma lei, o qual instituiu a obrigação peremptória da operadora de cobrir procedimentos e eventos não listados no rol da ANS, desde que preenchido ao menos um dos seguintes critérios:

1. Exista comprovação da eficácia da terapêutica, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou
2. Existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou recomendações de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde com renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Ocorre que, em 18 de setembro de 2025, o Supremo Tribunal Federal concluiu o julgamento da ADI 7265 (Rel. Min. Luís Roberto Barroso, acórdão publicado no DJe de 02/12/2025) e fixou a tese de que “é constitucional a imposição legal de cobertura de tratamentos ou procedimentos fora do rol da ANS, desde que preenchidos os parâmetros técnicos e jurídicos

[11] STJ, 2ª Seção, EREsp 1.886.929/SP e EREsp 1.889.704/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 08/06/2022, que firmou a taxatividade, em regra, do rol, com hipóteses excepcionais de cobertura; entendimento posteriormente alterado pela Lei nº 14.454/2022.
[12] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm. Acesso em 12/05/2026.

fixados nesta decisão”[13]. Pelo item 2 da tese, a cobertura de tratamento não previsto no rol deve ser autorizada desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos: “(i) prescrição por médico ou odontólogo assistente habilitado; (ii) inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol (PAR); (iii) ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol de procedimentos da ANS; (iv) comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências de alto grau ou ATS, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível; e (v) existência de registro na Anvisa”.

O item 3 da tese acrescenta que a ausência do procedimento no rol impede, como regra, a concessão judicial, salvo se demonstrados esses requisitos, e fixa balizas para a atuação do juiz, sob pena de nulidade: exige-se prova do prévio requerimento à operadora e de sua negativa, mora irrazoável ou omissão; o juiz deve consultar previamente o NatJus (ou profissional com expertise técnica), inclusive antes de apreciar pedidos de tutela de urgência; e a prescrição ou o laudo apresentado pela parte não pode ser o único fundamento da decisão. Na prática, a petição inicial deve vir instruída, desde logo, com a negativa formal da operadora, relatório médico detalhado e literatura científica que demonstre a eficácia do transplante após o *downstaging*.

Nesta esteira, a indicação do transplante hepático intervivos para pacientes oncológicos que obtiveram sucesso no reestadiamento através de radioembolização encontra respaldo na medicina baseada em evidências[14]. Diretrizes internacionais de hepatologia e estudos científicos revisados por pares reconhecem o *downstaging* seguido de transplante como estratégia com intenção curativa para pacientes selecionados; e, se a discussão envolver técnica não listada, a inelegibilidade do paciente para a lista de doadores falecidos evidencia a ausência de alternativa terapêutica equivalente. Desse modo, preenchidos os requisitos legais e os parâmetros fixados pelo STF, a defasagem regulatória do rol não pode servir de escudo à negativa de cobertura[15].

Registre-se, por fim, que a Resolução Normativa ANS nº 546/2022, em vigor desde outubro de 2022, incluiu no Rol o procedimento “transplante hepático (receptor e doador vivo ou

[13] Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12687469/. Acesso em 12/05/2026.
[14] BRASIL. Lei nº 9.656/1998, art. 10, §§ 12 e 13, incluídos pela Lei nº 14.454/2022 e interpretados à luz da ADI 7265 (STF). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em 03/11/2026.
[15] Cf. nota 8.

doador falecido)", sem diretriz de utilização, além do acompanhamento clínico do receptor e do doador na internação e no pós-transplante[16]. Somado ao art. 19, IV, da RN nº 465/2021, que estende a cobertura dos transplantes previstos no rol aos procedimentos a eles vinculados, às despesas assistenciais com doadores vivos (a cargo da operadora do beneficiário receptor) e às despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, isso significa que o transplante intervivos é de cobertura obrigatória pelo próprio rol, independentemente dos requisitos da ADI 7265, que só entram em discussão quando a operadora alega que determinada técnica, material ou equipe não está contemplada.

6. A CONSOLIDAÇÃO JURISPRUDENCIAL: A OBRIGATORIEDADE DE CUSTEIO E OS DIREITOS DO DOADOR

Para além da legislação federal, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) e os Tribunais de Justiça estaduais vêm formando um conjunto consistente de precedentes que asseguram a cobertura do transplante oncológico. A jurisprudência pátria tem sido incisiva ao afirmar que, se a enfermidade em si (o câncer de fígado) possui cobertura contratual, não é lícito à operadora delimitar ou escolher os procedimentos que o médico especialista considera indispensáveis para a cura do doente[17].

O STJ e os Tribunais de Justiça já assentaram que a cobertura de transplantes de órgãos (com doador falecido ou vivo, inclusive na modalidade conjugada) é devida quando não existe alternativa terapêutica viável que substitua a intervenção curativa.

No REsp 1.901.890/RJ, julgado em 2021, a Terceira Turma do STJ (Rel. Min. Nancy Andrighi) manteve a condenação de operadora a ressarcir as despesas de transplante de fígado custeado pelo próprio beneficiário após recusa indevida de cobertura e descumprimento de ordem

[16] Sobre a reparação dos danos materiais, inclusive o ressarcimento integral das despesas custeadas pelo paciente após a recusa, cf. STJ, 3ª Turma, REsp 1.901.890/RJ, Rel. Min. Nancy Andrighi, 2021, comentado no item 6. Notícia disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/16062021-Plano-de-saude-devera-indenizar-paciente-por-recusa-indevida-de-cobertura-de-transplante-de-figado.aspx. Acesso em 03/11/2026.

[17] STJ, 3ª Turma, AgInt nos EDcl no REsp 1.963.420/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 14/02/2022, DJe 21/02/2022, citado em STJ, 4ª Turma, AgInt no AREsp 2.868.736/SP, Rel. Min. Raul Araújo, DJEN 08/09/2025. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202500683145&dt_publicacao=08%2F09%2F2025. Acesso em 03/11/2026.

judicial. O colegiado assentou que, negado o transplante, restava ao paciente apenas realizar a cirurgia por conta própria ou recorrer ao SUS, não podendo suportar o prejuízo causado pela operadora, e que a indenização, por corresponder às perdas e danos decorrentes do inadimplemento, não se limita ao reembolso previsto no art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998[18].

Mais recentemente, em março de 2025 (antes, portanto, da ADI 7265), no REsp 2.178.776, a mesma Turma (Rel. Min. Nancy Andrighi) reconheceu a obrigação de custear transplante conjugado de rim e pâncreas, embora não previsto expressamente no rol, ao constatar a falta de substituto terapêutico ao procedimento, e afirmou que os exames pré e pós-transplante, por serem considerados emergenciais, são de cobertura obrigatória[19].

6.1. O Custeio Integral das Despesas do Doador Vivo

A judicialização da saúde nos casos de transplante intervivos não tutela apenas o paciente receptor da porção hepática. A regulamentação do setor assegura a cobertura das despesas assistenciais do doador vivo. Frequentemente, as operadoras tentam mitigar seus custos alegando que o doador vivo, sendo uma pessoa saudável e, muitas vezes, não beneficiária da mesma apólice, deveria ter seus custos médicos arcados de forma particular ou pelo SUS.

A regulamentação da ANS refuta expressamente essa tese: o art. 19, IV, "a", da RN nº 465/2021 dispõe que as despesas assistenciais com doadores vivos estão sob expensas da operadora do beneficiário receptor. As despesas médicas incorridas pelo doador vivo (compreendendo a bateria de exames de compatibilidade pré-operatórios, a internação hospitalar para a captação do órgão, a utilização do centro cirúrgico com equipamentos de ponta, anestesiologia e o período de internação e recuperação em Unidade de Terapia Intensiva) devem ser compulsoriamente custeadas pelo plano de saúde do paciente receptor. O ato da doação é indivisível do tratamento do segurado doente; sem a extração segura do órgão do doador familiar,

[18] AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa nº 546, de 30 de setembro de 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0546_03_10_2022.html. Cf. também a RN nº 465/2021, art. 19, IV, "a" e "d". Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2021/res0465_02_03_2021.html. Acesso em 03/11/2026.

[19] STF, Plenário, ADI 7265, Rel. Min. Luís Roberto Barroso, j. 18/09/2025, DJe 02/12/2025. Disponível em: https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:supremo.tribunal.federal;plenario:acordao;adi:2025-09-18;7265-6514968. Acesso em 03/11/2026.

não há tratamento para o consumidor tutelado.

6.2. Honorários Paramédicos e a Transferência para Redes Superespecializadas

Conforme detalhado no aspecto clínico, um fígado previamente submetido a radiação (Ítrio-90) e que apresentou invasão maligna na veia porta impõe desafios cirúrgicos consideráveis. Se a rede credenciada ordinária do plano de saúde apenas dispõe de profissionais generalistas em cirurgia abdominal ou recusa-se a prover o transplante, declarando de forma indevida que o caso é "paliativo", caracteriza-se a falha grave na prestação do serviço assistencial.

A regulamentação da ANS impõe à operadora o dever de oferecer atendimento por prestador apto a executar o procedimento indicado (RN nº 465/2021, art. 6º, § 3º) e, na indisponibilidade de prestador na rede, de garantir o atendimento fora dela, com reembolso integral (RN nº 566/2022). A jurisprudência dos Tribunais Estaduais, por sua vez, tem assegurado a transferência do paciente, em caráter de urgência e às expensas da operadora, para hospital que detenha o *know-how* técnico exigido. Ademais, ante a incapacidade da operadora de indicar, em prazo exíguo, médicos credenciados com comprovada expertise na minuciosa reconstrução de veias cava e porta pós-radioembolização, tem-se reconhecido o direito do paciente de ser operado por cirurgião e equipe especializada de sua confiança, ainda que não credenciados. A operadora, neste ínterim, fica obrigada a suportar integralmente não apenas os custos de infraestrutura hospitalar, mas também os honorários da equipe cirúrgica e anestesiológica especializada, sem limitação às tabelas de reembolso, entendimento que encontra amparo no já citado REsp 1.901.890/RJ, que afastou o limite do art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998 quando a despesa decorre de recusa indevida da operadora.

Confira, abaixo, quadro explicativo:

Exigências do Transplante Hepático Intervivos Oncológico	**Resposta Típica e Abusiva das Operadoras de Saúde**	**Tutela Jurisdicional Pleiteada (STJ, Lei 9.656/98 e normas da ANS)**
Internação Pré-Operatória	Negação de leito avançado,	Ordem de transferência

e Suporte de UTI (Receptor)	direcionamento forçado para ortotanásia/cuidados paliativos.	imediata para hospital capaz de fornecer suporte intensivo como "ponte" para cirurgia.
Cobertura das Despesas do Doador Familiar	Alegação de que o doador não é segurado e tentativa de não cobertura das despesas cirúrgicas.	Custeio obrigatório e integral atrelado à apólice do receptor (engloba exames, captação e pós-operatório).
Honorários da Equipe Cirúrgica Especializada (Reconstrução Vascular)	Oferecimento de equipe credenciada não habilitada para a extrema complexidade vascular do pós-Y90.	Custeio integral de equipe médica e paramédica particular de escolha do paciente, ante a falha técnica da rede.
Fundamento de Negativa Administrativa Geral	Ausência de previsão pontual da técnica complexa no Rol taxativo da ANS.	O transplante intervivos consta do rol (RN ANS 546/2022); para técnica não listada, aplica-se a Lei 14.454/2022, observados os requisitos da ADI 7265.

7. A REPARAÇÃO CIVIL: O DANO MORAL NA NEGATIVA DE PROCEDIMENTO VITAL

A recusa injustificada em cobrir tratamentos essenciais à manutenção da vida não acarreta tão somente a obrigatoriedade de arcar com os custos médicos; gera também o dever de reparação civil, pelos danos materiais e, presentes circunstâncias concretas, também pelos morais[20]. O Superior Tribunal de Justiça tem reconhecido que a negativa indevida de cobertura, por parte da operadora de plano de saúde, de procedimentos urgentes indicados por especialista pode agravar a aflição psicológica e o sofrimento de um paciente que já se encontra em extrema vulnerabilidade física e emocional[21].

É preciso registrar, porém, que, no julgamento do Tema Repetitivo 1.365, a Segunda Seção

[20] STJ, 3ª Turma, REsp 1.901.890/RJ, Rel. Min. Nancy Andrighi, 2021. Notícia disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/16062021-Plano-de-saude-devera-indenizar-paciente-por-recusa-indevida-de-cobertura-de-transplante-de-figado.aspx. Acesso em 02/11/2026.

[21] STJ, 3ª Turma, REsp 2.178.776, Rel. Min. Nancy Andrighi, 2025. Notícia disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/paginas/comunicacao/noticias/2025/14052025-plano-de-saude-e-obrigado-a-cobrir-transplante-conjugado-de-rim-e-pancreas--decide-terceira-turma.aspx. Acesso em 02/11/2026.

do STJ fixou a tese de que a simples recusa indevida de cobertura não gera, por si só, dano moral presumido (*in re ipsa*)[22], sendo imprescindível a presença de outros elementos capazes de demonstrar a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento. No caso específico do transplante de fígado, a Quarta Turma do STJ manteve indenização de R$ 10.000,00 pela recusa indevida de cobertura de procedimento "essencial para a sobrevida do paciente" (AgInt no AREsp 2.868.736/SP, Rel. Min. Raul Araújo, julgado em sessão virtual encerrada em 01/09/2025). Nos casos de transplante oncológico, esses elementos costumam estar presentes (risco concreto de morte, deterioração clínica documentada, internação e angústia familiar), mas devem ser descritos e comprovados nos autos. A fixação de indenizações pecuniárias não tem apenas o condão de tentar compensar o tormento infligido à família que teme a morte iminente de seu ente querido por uma barreira burocrática; exerce, de maneira proeminente, uma função repressiva e pedagógica. A condenação por danos morais sinaliza às operadoras que a negativa indevida de tratamentos de alto custo não é economicamente vantajosa nem tolerada pelo Estado de Direito.

8. A ARQUITETURA DA JUDICIALIZAÇÃO: INSTRUMENTOS PROCESSUAIS PARA O RESGATE DA VIDA

Diante da inércia das operadoras de saúde, a judicialização deixa de ser mera faculdade e passa a ser, muitas vezes, condição para a sobrevivência. O tempo regular do processo civil, com seus ritos e prazos, é absolutamente incompatível com o cronômetro biológico de um paciente com cirrose descompensada aguardando transplante. Por isso, o ordenamento processual oferece ferramentas para antecipar a tutela jurisdicional.

8.1. A Tutela de Urgência (*Inaudita Altera Parte*)

O principal instrumento contra a negativa abusiva é o pedido de Tutela de Urgência de Natureza Antecipada, fulcrado no artigo 300 do Código de Processo Civil. Para o deferimento desta medida liminar, mesmo antes de ouvir a operadora ré (*inaudita altera parte*), exige-se a

[22] STJ, 2ª Seção, Tema Repetitivo 1.365 (REsp 2.165.670 e REsp 2.197.574), Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, 2026. Disponível em: https://legismap.com.br/conteudos/decisoes-dos-tribunais/stj-recusa-de-cobertura-por-plano-nao-gera-dano-moral-automatico. Acesso em 02/11/2026.

demonstração de dois requisitos primordiais, que no caso de pacientes oncológicos pós-*downstaging* podem ser demonstrados por prova documental:

1. **A Probabilidade do Direito (*Fumus Boni Iuris*):** Consubstanciada na apresentação da apólice vigente do plano de saúde, da negativa formal da operadora (ou da prova de sua omissão), de relatórios médicos exaustivos que comprovem a regressão do tumor após o tratamento com Ítrio-90, a ausência de metástase extra-hepática, e o laudo contundente do médico assistente asseverando que o transplante intervivos é a única via de intenção curativa, rejeitando formalmente os cuidados paliativos impostos pelo hospital credenciado, bem como da literatura científica que respalda o procedimento.
2. **O Perigo de Dano Irreparável (*Periculum in Mora*):** Evidenciado pela rápida deterioração clínica do paciente, sinais precoces de insuficiência hepato-renal, risco generalizado de infecções associadas à ascite e risco de óbito a curtíssimo prazo caso as medidas de suporte intensivo e a subsequente cirurgia não sejam autorizadas e realizadas em caráter de emergência.

Após a ADI 7265, quando o pedido envolver procedimento não previsto no rol, o juiz deverá consultar o NatJus antes de apreciar a tutela de urgência, o que reforça a necessidade de instruir a inicial, desde o primeiro momento, com documentação médica e científica completa, e de requerer que a consulta seja realizada com a brevidade que o quadro clínico exige.

8.2. O Bloqueio de Ativos Financeiros como Medida de Efetividade

O Judiciário frequentemente enfrenta um desafio prático: o eventual descumprimento de ordens judiciais por operadoras de grande porte. Para essas empresas, a imposição de multas diárias (*astreintes*) por atraso no cumprimento da liminar é frequentemente absorvida como uma externalidade financeira, um mero custo operacional. No entanto, para o doente internado, a desobediência por 48 ou 72 horas pode resultar em falência múltipla de órgãos e óbito.

Atento a esta assimetria de poder e sensível à preservação da vida, o legislador dotou os magistrados de poderes executórios atípicos e coercitivos por meio dos artigos 139, inciso IV, e

536, §1º, do Código de Processo Civil. A jurisprudência tem admitido a determinação do **bloqueio de ativos financeiros** das contas bancárias da operadora recalcitrante através do sistema SISBAJUD.

Diante do silêncio contumaz ou da negativa perante a ordem judicial em sede de tutela de urgência, o juiz pode deferir o bloqueio exato do montante orçado para a transferência hospitalar, as diárias de UTI do receptor e do doador, os insumos de alto custo e os honorários da equipe médica ultraespecializada. Com os valores depositados em conta judicial, expede-se o alvará de levantamento diretamente em favor dos prestadores de serviços médicos. Essa medida sub-rogatória atende à essência da efetividade da tutela: afasta-se o enriquecimento da parte e garante-se, coercitivamente, o custeio da cirurgia.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS E O PAPEL EDUCATIVO DO ACESSO À JUSTIÇA

O embate entre as possibilidades da medicina oncológica do século XXI e a visão mercadológica e atuarial dos planos de saúde representa um dos maiores dilemas éticos e jurídicos do nosso tempo. O diagnóstico de um carcinoma hepatocelular grave, outrora visto como o limiar irrevogável do fim, hoje encontra alternativas terapêuticas concretas. Através do *downstaging* e de técnicas de radiação interna avançada, os tumores recuam e o órgão doente pode ser substituído por meio da doação e abnegação de familiares (ou amigos compatíveis) através do transplante hepático intervivos. Nesses casos, a morte deixa de ser uma certeza clínica e não pode se converter em imposição administrativa.

A postura de operadoras que negam suporte vital curativo a pacientes elegíveis para transplante (enquadrando-os compulsoriamente em um cenário de morte paliativa) subverte a função social do contrato, contraria a Constituição Federal e o Código de Defesa do Consumidor. Além disso, a Lei nº 14.454/2022, observados os parâmetros fixados pelo STF na ADI 7265, permite que tratamentos com eficácia comprovada por evidências científicas de alto nível sejam cobertos mesmo fora do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A principal lição que se extrai da intersecção entre o fato clínico e a atuação jurídica é que a

judicialização para a realização de procedimentos complexos não constitui privilégio nem anomalia procedimental: trata-se, muitas vezes, do único instrumento de que o cidadão dispõe para evitar a morte.

O conhecimento acerca dos próprios direitos é a primeira linha de defesa contra o fatalismo. Pessoas diagnosticadas com câncer avançado no fígado, sem metástase extra-hepática, devem saber que, havendo indicação médica, o transplante intervivos é uma via de tratamento respaldada pela ciência, incluída no rol de cobertura obrigatória da ANS desde 2022, cuja cobertura pode ser exigida da operadora, inclusive quanto às despesas do doador vivo.

O Direito, ao tutelar a Soberania do Médico Assistente e utilizar medidas de força como o bloqueio direto de ativos financeiros ou obrigar que o plano realize o transplante, demonstra que a doutrina e a jurisprudência são instrumentos vivos, capazes de superar entraves burocráticos e assegurar o acesso ao tratamento. Diante da negativa abusiva, a inércia não é o único desfecho possível; a via judicial atua rápida e incisivamente como o fiel da balança que, ao afastar a recusa indevida, resguarda o direito do paciente à vida e à busca da cura.

KASSIM SOBHI ISSA
OAB/SP 438.186

FRANCISCO DE ASSIS GALLUCCI DE CARVALHO
OAB/SP 296.437