



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2201696 - SP (2025/0081249-0)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
FABIANA DE SOUZA FERNANDES - SP185470
RECORRIDO : BARBARA LODO ASSARITO BONIFACIO
ADVOGADO : EMERSON TICIANELLI SEVERIANO RODEX - SP297935

EMENTA

DIREITO CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA. OFATUMUMABE (KESIMPTA) E MAVENCLAD (CLADRIBINA). RECUSA INJUSTIFICADA. PRESCRIÇÃO MÉDICA. ROL DA ANS. USO AMBULATORIAL. ABUSIVIDADE CONFIGURADA. NÃO OCORRÊNCIA DE CERCEAMENTO DE DEFESA. IMPEDIMENTO AO REEXAME DE PROVAS E CLÁUSULAS CONTRATUAIS. NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO ESPECIAL.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que manteve sentença de procedência para determinar o fornecimento dos medicamentos Ofatumumabe (Kesimpta) e Mavenclad (Cladribina), prescritos a paciente com diagnóstico de Esclerose Múltipla. A Corte estadual considerou abusiva a negativa de cobertura contratual, afastou alegações de uso domiciliar e rejeitou a preliminar de cerceamento de defesa, por entender suficiente o conjunto probatório existente nos autos.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há quatro questões em discussão:

- (i) definir se é obrigatória a cobertura contratual de medicamentos indicados para tratamento de Esclerose Múltipla, mesmo que não incluídos no rol da ANS;
- (ii) estabelecer se medicamentos injetáveis, que exigem supervisão profissional, se enquadram como de uso domiciliar para fins de exclusão contratual de cobertura;
- (iii) verificar se houve cerceamento de defesa pela não realização de outras provas;
- (iv) determinar se a reapreciação de cláusulas contratuais e provas impede o conhecimento do recurso especial.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência do STJ considera abusiva a negativa de fornecimento de medicamentos prescritos por médico assistente, mesmo quando não incluídos no rol da ANS, desde que comprovada a eficácia e a inexistência de substituto terapêutico.
4. Medicamentos de aplicação subcutânea ou intravenosa, como os do caso, são de uso ambulatorial e não podem ser excluídos da cobertura com base em cláusulas que limitam medicamentos de uso domiciliar.
5. Não há cerceamento de defesa quando o juízo singular, de forma fundamentada, julga a causa antecipadamente por considerar suficientes as provas já produzidas nos autos.
6. O reexame de cláusulas contratuais e do conjunto fático-probatório encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.
7. O acórdão recorrido está em conformidade com jurisprudência consolidada do STJ, o que atrai a aplicação da Súmula 83 do STJ.

IV. DISPOSITIVO

8. Recurso especial não conhecido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 06/08/2025 a 12/08/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Nancy Andrigli, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 13 de agosto de 2025.

Ministra Daniela Teixeira
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2201696 - SP (2025/0081249-0)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
FABIANA DE SOUZA FERNANDES - SP185470
RECORRIDO : BARBARA LODO ASSARITO BONIFACIO
ADVOGADO : EMERSON TICIANELLI SEVERIANO RODEX - SP297935

EMENTA

DIREITO CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA. OFATUMUMABE (KESIMPTA) E MAVENCLAD (CLADRIBINA). RECUSA INJUSTIFICADA. PRESCRIÇÃO MÉDICA. ROL DA ANS. USO AMBULATORIAL. ABUSIVIDADE CONFIGURADA. NÃO OCORRÊNCIA DE CERCEAMENTO DE DEFESA. IMPEDIMENTO AO REEXAME DE PROVAS E CLÁUSULAS CONTRATUAIS. NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO ESPECIAL.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que manteve sentença de procedência para determinar o fornecimento dos medicamentos Ofatumumabe (Kesimpta) e Mavenclad (Cladribina), prescritos a paciente com diagnóstico de Esclerose Múltipla. A Corte estadual considerou abusiva a negativa de cobertura contratual, afastou alegações de uso domiciliar e rejeitou a preliminar de cerceamento de defesa, por entender suficiente o conjunto probatório existente nos autos.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há quatro questões em discussão:

- (i) definir se é obrigatória a cobertura contratual de medicamentos indicados para tratamento de Esclerose Múltipla, mesmo que não incluídos no rol da ANS;
- (ii) estabelecer se medicamentos injetáveis, que exigem supervisão profissional, se enquadram como de uso domiciliar para fins de exclusão contratual de cobertura;
- (iii) verificar se houve cerceamento de defesa pela não realização de outras provas;
- (iv) determinar se a reapreciação de cláusulas contratuais e provas impede o conhecimento do recurso especial.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência do STJ considera abusiva a negativa de fornecimento de medicamentos prescritos por médico assistente, mesmo quando não incluídos no rol da ANS, desde que comprovada a eficácia e a inexistência de substituto terapêutico.
4. Medicamentos de aplicação subcutânea ou intravenosa, como os do caso, são de uso ambulatorial e não podem ser excluídos da cobertura com base em cláusulas que limitam medicamentos de uso domiciliar.
5. Não há cerceamento de defesa quando o juízo singular, de forma fundamentada, julga a causa antecipadamente por considerar suficientes as provas já produzidas nos autos.
6. O reexame de cláusulas contratuais e do conjunto fático-probatório encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.
7. O acórdão recorrido está em conformidade com jurisprudência consolidada do STJ, o que atrai a aplicação da Súmula 83 do STJ.

IV. DISPOSITIVO

8. Recurso especial não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo assim ementado:

PRELIMINAR – CERCEAMENTO DE DEFESA – Desnecessidade de Produção de Novas Provas – Existência de Provas Suficientemente Esclarecedoras para Comprovar as Alegações das Partes – PRELIMINAR REJEITADA.

APELAÇÃO PLANO DE SAÚDE Obrigação de Fazer Fornecimento do Medicamento Ofatumumabe (Kesimpta) e Mavenclad (Cladribina) para tratamento de Esclerose Múltipla Procedência da Ação Insurgência da Ré Não acolhimento Laudos médicos que são claros ao estabelecer o quadro clínico da Autora, bem como a necessidade de utilização do medicamento guerreado para tratamento do seu quadro clínico Súmula 102 do E. TJSP Rol da ANS Taxatividade do Rol que não é absoluta Ausência de demonstração de atualização do Rol, substituto terapêutico ou contraindicação ao medicamento prescrito, o qual possui eficácia notória Inteligência das Teses Firmadas por ocasião do Julgamento dos EREsps nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP Alegação de Uso Domiciliar Descabimento Exclusão tão somente de medicamentos comuns em geral Evolução da medicina e da indústria farmacêutica que ocorre no sentido de minorar a necessidade de tratamentos no âmbito hospitalar, criando medicamentos que são, em essência, o próprio tratamento necessário para combater a moléstia, como o tratado na hipótese destes autos Violação aos Princípios da Boa-Fé Objetiva e da Função Social do Contrato Precedentes deste E. TJSP SENTENÇA MANTIDA RECURSO NÃO PROVIDO.

Segundo a parte recorrente, o recurso preenche os requisitos necessários ao conhecimento e provimento.

Intimada nos termos do art. 1.042, § 3º, do Código de Processo Civil, a parte recorrida afirmou a inexistência de requisitos ou elementos aptos a promover a alteração do julgado impugnado.

É o relatório.

VOTO

O recurso especial é tempestivo e cabível, pois interposto em face de decisão que negou provimento ao recurso de apelação interposto na origem (art. 105, III, a e c, da Constituição Federal).

Entretanto, o recurso não merece ser conhecido.

O acórdão recorrido decidiu a controvérsia com análise das provas e interpretação contratual adequadas ao caso concreto. Cito trechos relevantes da referida decisão:

No que diz respeito à preliminar de cerceamento de defesa arguido pela Apelante, razão não assiste a ela.

(...)

Com efeito, cabe ao Juízo Singular identificar a necessidade da produção de novas provas, sendo certo que somente o fará em caso de imprescindibilidade à formação de sua convicção.

Assim, agiu corretamente o Juízo a quo ao julgar a lide por entender a desnecessidade de dilação probatória. As provas produzidas pelas partes eram suficientes para a devida solução do mérito, sendo prescindível a produção de quaisquer outras provas para a resolução do caso sub judice.

Passo ao exame da questão de mérito.

Fundamento e decido.

Em um primeiro momento, destaque-se que, a partir da Súmula 608 do C. STJ (“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”), se aplica ao caso as regras do Código de Defesa do Consumidor.

Consta dos autos que a Autora, beneficiária do plano de saúde operado pela Ré, possui diagnóstico de Esclerose Múltipla, razão pela qual necessita realizar tratamento com o Medicamento Ofatumumabe ou, alternativamente, Mavenclad. Aduziu a demora, pela Ré, quanto à liberação da cobertura dos medicamentos, ao passo que esta última se opôs às pretensões autorais, sob as justificativas apresentadas nestes autos.

Pois bem, em que pese as afirmações da Apelante, razão não assiste a ela.

Notoriamente, é função do médico indicar o tratamento adequado ao paciente, sendo ilícito que a operadora de saúde estabeleça empecilhos indevidos e injustos que possuam objetivos puramente financeiros. O impedimento em questão, afrontando os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, acaba por restringir o próprio objeto do contrato, cujo objetivo é garantir o acesso do beneficiário a tratamento de saúde adequado e de qualidade.

Importante lembrar que “Uma vez coberto o tratamento de saúde, a opção da técnica a ser utilizada para sua realização cabe ao médico especialista. A cobertura do método escolhido é consectário lógico, não havendo que se restringir o meio adequado à realização do procedimento” (AgInt no REsp 1696149/SP, 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, Relª. Minª Maria Isabel Gallotti, em 22/05/2018, DJe 01/06/2018).

Além disso, “De acordo com a orientação jurisprudencial do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado” (AgInt no AR Esp n. 1198799/SP, 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, Rel. Min. Lázaro Guimarães (Des. Conv. TRF5), julgado em 17/5/18, D Je 25/5/18).

Outrossim, como já consolidado por esta Corte, “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS” (Súmula 102, TJSP).

Sobre a taxatividade do rol de procedimentos da ANS, não é ela absoluta, tendo como pressuposto lógico a atualização de referido rol, de forma prioritária e ágil, nos termos dos §§7º e 8º inseridos no art. 10 da Lei nº 9.656/98 pela Lei nº 14.307/22.

(...)

Neste sentido, destaco que, no caso concreto, (i) não houve atualização do rol de procedimentos da ANS, de sorte que admitir absoluta vinculação às Diretrizes da ANS equivaleria a privar os consumidores dos avanços da Medicina, o que seria inadmissível, por esvaziar o conteúdo do contrato; (ii) a Operadora de Saúde não se desincumbiu de indicar alternativas terapêuticas ou procedimentos igualmente eficazes e inseridos na referida Diretriz de Utilização para o tratamento da doença da parte autora; e (iii) a Operadora de Saúde muito menos apresentou contraindicação ao(s) **medicamento(s) prescrito(s) pelo médico de confiança da paciente, de forma que não há fundamentos para restrição à cobertura contratual do medicamento prescrito, o qual possui eficácia notória.**

No tocante às alegações de que se trataria de medicamento de uso domiciliar, não se pode olvidar que “Também não se justifica a recusa de cobertura com fundamento no art. 10, VI, da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Lei nº 12.880/2013. Prescreve o aludido dispositivo legal que as operadoras de planos de saúde não são obrigadas ao fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, à exceção

daqueles antineoplásicos de uso oral, nos termos das alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12 da lei que regulamenta os planos de saúde privados. A mencionada exceção legal, contudo, não comporta interpretação isolada. Naturalmente o que se pretende é evitar que o plano de saúde seja compelido a custear medicamentos em geral, que podem ser adquiridos e ministrados diretamente pela parte, sem necessidade de atendimento médico hospitalar específico. Ocorre que a evolução da medicina e da indústria farmacêutica ocorre no sentido de minorar a necessidade de tratamentos no âmbito hospitalar, criando medicamentos que são, em essência, o próprio tratamento necessário para combater a moléstia. Nesse sentido não pode a prestadora de serviço se furtar a arcar com o custeio do insumo que inviabiliza o tratamento proposto, sob pena de se esvaziar indevidamente o próprio conteúdo do contrato” (Ap. Cív. nº 1053275-66.2022.8.26.0100; 1ª Câmara de Direito Privado do TJSP; Rel. Enéas Costa Garcia, em 09/02/2024) (grifos nossos)

Respeitadas suas particularidades, vale destacar o posicionamento deste E. TJSP por ocasião do julgamento de situações análogas ao caso concreto:

(...)

É o suficiente para afirmar que a recusa da Operadora de Saúde se mostrou injusta, abusiva e esvaziou o conteúdo da avença, em explícita violação aos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato celebrado entre as partes.

Assim, a r. sentença não se mostrou despropositada, devendo ser mantida em sua integralidade.

Em virtude do resultado do julgamento, MANTENHO a determinação de que a Ré arcará integralmente com o pagamento das custas e despesas processuais.

(...)

Isto posto, por meu voto, NEGO PROVIMENTO ao recurso, nos termos da fundamentação.

No que tange ao cerceamento de defesa, a corte de origem entendeu, no moldes da transcrição acima apresentada e aqui destacada, que *"agiu corretamente o Juízo a quo ao julgar a lide por entender a desnecessidade de dilação probatória. As provas produzidas pelas partes eram suficientes para a devida solução do mérito, sendo prescindível a produção de quaisquer outras provas para a resolução do caso sub judice"*.

A jurisprudência desta Corte é firme no sentido *"Não há cerceamento de defesa pelo julgamento antecipado da lide que, de forma fundamentada, revolve a causa sem a produção de prova requerida pela parte em virtude da suficiência dos documentos dos autos"* (AgInt no AREsp n. 2.475.207/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 24/6/2024, DJe de 26/6/2024).

Além disso, para *"rever a conclusão do Tribunal de origem, acerca da desnecessidade de envio dos autos para a análise do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário - Natjus, encontra óbice na Súmula n. 7/STJ"* (AREsp n. 2.832.346/GO, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 26/5/2025, DJEN de 30/5/2025.)

A pretensão do recurso especial da operadora do plano de saúde é de ver afastada a sua responsabilidade de custear os medicamentos indicados pelo médico assistente Ofatumumabe (Kesimpta) e Mavenclad (Cladribina) para tratamento de Esclerose Múltipla).

Ocorre que, neste ponto, a Corte Estadual, competente para análise do material probatório dos autos, bem como das cláusulas contratuais do plano de saúde, após a devida instrução processual, entendeu que os medicamentos indicados ao paciente é de cobertura obrigatória (fls. 320-330).

Com efeito, a reforma do Acórdão implicaria em reanálise do conjunto fático-probatório, principalmente as cláusulas do contrato de plano de saúde, tendo em vista que haveria necessidade de verificação das circunstâncias do caso concreto para reconhecimento das garantias de tratamentos aos quais a recorrida teria direito, o que encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

Além disso, a postura do Tribunal de origem amolda-se às orientações jurisprudenciais desta Corte sobre a obrigatoriedade do custeio de medicamentos similares ao caso dos autos tendo assim decidido *"medicamento Ocrelizumabe prescrito pelo médico assistente para tratamento de esclerose múltipla consta da RN-ANS nº 465/2021 como medicamento de cobertura obrigatória para o tratamento da condição, de modo que se figura abusiva a recusa em custear a cobertura"* (AgInt no AREsp n. 2.747.620/PE, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 31/3/2025, DJEN de 3/4/2025.)

No mesmo sentido:

PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO. COBERTURA. PACIENTE DIAGNOSTICADO COM ESCLEROSE MÚLTIPLA. OCRELIZUNAME. REGISTRO NA ANVISA. RN 465/2021. INDICAÇÃO MÉDICA. DANOS MORAIS. QUANTUM INDENIZATÓRIO. SÚMULA N. 7/STJ.

1. "Segundo a jurisprudência do STJ, é abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de custear a cobertura do medicamento registrado na ANVISA e prescrito pelo médico do paciente, ainda que se trate de fármaco off-label, ou utilizado em caráter experimental, especialmente na hipótese em que se mostra imprescindível à conservação da vida e saúde do beneficiário" (AgInt no REsp 2.016.007/MG, Relator Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 17/4/2023, DJe de 20/4/2023).

2. *Constata-se que o medicamento Ocrelizumabe prescrito para tratamento da Esclerose Múltipla da parte autora passou a ser incluso no rol de procedimentos e eventos da ANS, por meio da RN n. 465 /2021, anexo II, estando, portanto, prevista expressamente a obrigatoriedade para tratamento da citada doença.*

3. *Inviável revisar as premissas fáticas fixadas no acórdão recorrido quanto à ocorrência do dano moral, diante do óbice da Súmula 7/STJ.*

4. *O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente pode ser revisado em recurso especial quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) não é exorbitante nem desproporcional aos danos causados à vítima, que teve negado indevidamente o fornecimento de medicamento indispensável para seu tratamento.*

Agravo interno improvido.

(AgInt no REsp n. 1.926.799/DF, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 12/8/2024, DJe de 15/8/2024.)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO NCPC. OMISSÃO. NÃO VERIFICADA. DISPENSA DA PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL. SISTEMA DA LIVRE PERSUAÇÃO RACIONAL DO MAGISTRADO. REEXAME DE PROVAS. SÚMULA N.º 7 DO STJ. HOME CARE. DEVER DE COBERTURA. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INVIABILIDADE DE REEXAME. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N.º 7 DO STJ. DANOS MORAIS DEMONSTRADOS NAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. INVIABILIDADE DE REEXAME. QUANTUM INDENIZATÓRIO QUE NÃO SE REVELA EXCESSIVO. APLICAÇÃO DA SÚMULA N.º 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. *Aplica-se o NCPC a este recurso ante os termos do Enunciado Administrativo n.º 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016)*

serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.

2. *Não há falar em omissão, falta de fundamentação ou negativa de prestação jurisdicional, na medida em que o Tribunal estadual dirimiu, fundamentadamente, as questões que lhe foram submetidas, apreciando a controvérsia posta nos autos.*

3. *Nos termos da jurisprudência desta Corte, cabe ao Juiz, como destinatário final da prova, respeitando os limites adotados pelo CPC, decidir pela produção probatória necessária à formação do seu convencimento. O Tribunal estadual assentou que não era necessária a produção de prova pericial. Alterar as conclusões do acórdão impugnado exigiria incursão fático-probatória, em afronta a Súmula n.º 7 do STJ.*

4. O Colegiado estadual julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta negativa de cobertura ao tratamento médico solicitado, uma vez que o tratamento de saúde foi apurado tecnicamente como imprescindível e urgente. Portanto, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto pro batório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n.º 7 do S TJ.

5. Existência de entendimento pacífico desta Corte Superior no sentido de que, nos casos em que a recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar impõe ao usuário de plano de saúde um grau de sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual, atingindo direito da personalidade, fica demonstrada a ocorrência de danos morais e caracterizado o direito à reparação.

6. A revisão da compensação por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Salvo essas hipóteses, incide a Súmula n.º 7 do STJ, impedindo o conhecimento do recurso.

7. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

8. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp n. 1.980.863/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 15/8/2022, DJe de 17/8/2022.)

Ademais, ressalto que em caso semelhante ao dos autos esta Corte entendeu que a negativa de fornecimento dos medicamentos Ofatumumabe (Kesimpta) e Mavenclad (Cladribina), é abusiva. Nesse sentido: (AREsp n. 2.792.467, Ministro Antonio Carlos Ferreira, DJEN de 05/03/2025, REsp n. 2.146.270, Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 05/08/2024, REsp n. 2.164.517, Ministro Moura Ribeiro, DJe de 28/08/2024.)

Quanto à tese de que o medicamento seria de uso domiciliar, não se ignora o entendimento desta Corte no sentido de que "é lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os (REsp n. 2.193.467/SP, relator Ministro Moura incluídos no rol da ANS para esse fim" Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 17/3/2025 , DJEN de 24/2/2025 20/3/2025 e (AgInt no REsp n. 2.161.273/RS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em , DJEN de 27/2/2025 .)

Contudo, destaco que o medicamento pleiteado pela recorrente é injetável, de aplicação subcutânea ou intravenosa, o que pressupõe necessidade de supervisão de profissional habilitado em saúde.

Sobre o tema, esta Corte entende que o medicamento de uso domiciliar ao qual o art. 10, VI, da Lei 9.656/1998 se refere é aquele adquirido diretamente nas farmácias e autoadministrado pelo paciente, cuja indicação não tenha por fim substituir o tratamento ambulatorial ou hospitalar, nem esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar.

Exclui-se dessa classificação a medicação injetável que necessite de supervisão direta de profissional de saúde, por se tratar de hipótese de uso ambulatorial ou espécie de medicação assistida.

Nesse sentido, confira-se o seguinte julgado da Segunda Seção:

"AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO. OPERADORA. NÃO OBRIGATORIEDADE. ANTINEOPLÁSICO ORAL. NÃO CARACTERIZAÇÃO. LIMITAÇÃO LÍCITA. CONTRATO ACESSÓRIO DE MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SUS. POLÍTICA PÚBLICA. REMÉDIOS DE ALTO CUSTO. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME). JURISPRUDÊNCIA ATUAL. SÚMULA Nº 168/STJ. 1. É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN-ANS nº 338 /2013 (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN-ANS nº 465/2021). 2. A medicação intravenosa ou injetável que necessite de supervisão direta de profissional habilitado em saúde não é considerada como tratamento domiciliar (é de uso ambulatorial ou espécie de medicação assistida). 3. Os medicamentos receitados por médicos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde. 4. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência está fortemente em atividade, existindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM), garantindo o acesso de fármacos à população, inclusive os de alto custo, por meio de instrumentos como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 5. É possível, com base na Súmula nº 168/STJ, inadmitir embargos de divergência quando a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça estiver no mesmo sentido do acórdão combatido. 6. Agravo interno não provido." (AgInt nos EREsp n. 1.895.659/PR, relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Segunda Seção, julgado em 29/11/2022, DJe de 9/12/2022, g.n.)

E ainda, sobre o medicamento pleiteado:

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE COM TROMBOFILIA. GRAVIDEZ DE ALTO RISCO. CLEXANE. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. ACÓRDÃO ESTADUAL EM CONSONÂNCIA COM O ENTENDIMENTO DESTA CORTE SUPERIOR. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO PROVIDO PARA CONHECER DO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO. 1. "A medicação intravenosa ou injetável que necessite de supervisão direta de profissional habilitado em saúde não é considerada como tratamento domiciliar (é de uso ambulatorial ou espécie de medicação assistida)" (AgInt nos EREsp 1.895.659/PR, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Segunda Seção, julgado em , DJe de 29/11/2022 9/12/2022). 2. No caso, a recorrida passa por gravidez de alto risco (situação de urgência), sendo imperiosa a terapêutica prescrita, notadamente quando o medicamento intravenoso se inclui nas hipóteses de cobertura obrigatória. 3. Estando o acórdão recorrido em consonância com a jurisprudência desta Corte, o recurso especial encontra óbice na Súmula 83/STJ. 4. Agravo interno provido para reconsiderar a decisão agravada e, em novo exame, conhecer do agravo para negar provimento ao recurso especial. (AgInt no AREsp n. 2.733.644/RN, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 10/2/2025 . , DJEN de 21/2/2025 - grifos acrescidos.)

Nesse cenário, em que pesem as alegações da agravante, o que se verifica é que, por qualquer ângulo que se analise a questão, era mesmo de rigor a cobertura do tratamento indicado à agravada, uma vez que se trata de medicamento de uso ambulatorial, com necessidade de aplicação intravenosa, portanto com necessidade de supervisão de profissional de saúde, devidamente registrado na Anvisa, ainda que indicado seu uso off-label.

Acrescento, ainda, que *"as operadoras de planos de saúde podem limitar as doenças a serem cobertas pelo contrato, mas não podem limitar os tipos de procedimentos a serem prescritos para o tratamento da enfermidade"* (AgInt no REsp n. 2.140.939/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 7/10/2024, DJe de 9/10/2024).

Manifesto meu voto, portanto, pelo não conhecimento do presente recurso especial.

Majoro o percentual de honorários sucumbenciais em 2% (dois por cento), nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**REsp 2.201.696 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0081249-0

Número de Origem:

00128946220248260100

10204596020248260100

128946220248260100

12894622024826010010204596020248260100

Sessão Virtual de 06/08/2025 a 12/08/2025

Relator

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.

ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477

FABIANA DE SOUZA FERNANDES - SP185470

RECORRIDO : BARBARA LODO ASSARITO BONIFACIO

ADVOGADO : EMERSON TICIANELLI SEVERIANO RODEX - SP297935

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 06/08/2025 a 12/08/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 12 de agosto de 2025