



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2935886 - SP (2025/0172787-8)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : UNIMED DE FRANCA SOC COOPDE SERVICOS MED E
HOSPITALARES
ADVOGADOS : CAMILA DANIELLI FERREIRA LOURENÇO - SP343245
MARLO RUSSO - SP112251
AGRAVADO : RODOLFO CESAR DE OLIVEIRA
ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954
ISAURA MARIA MOREIRA SARTO TAGLIALEGNA - DF028195
FERNANDA CARVALHO DE SOUSA - SP465933
ARNALDO ALVES DE OLIVEIRA FILHO - SP529232
VITÓRIA LETÍCIA DE SOUZA VIEIRA F DE GODOY CO - SP532523

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. HOME CARE. COBERTURA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS INDISPENSÁVEIS. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE MITIGADA. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO DESPROVIDO.

1. O rol da ANS é taxativo, mas comporta exceções em situações excepcionais, desde que demonstrada a eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências, com plano terapêutico adequado e recomendações de órgãos técnicos de renome.
2. O atendimento domiciliar (home care) é equiparado à internação hospitalar quando indicado como substitutivo, sendo abusiva a cláusula contratual que veda sua cobertura.
3. A negativa de cobertura de medicamentos indispensáveis ao tratamento domiciliar, apenas em razão de não estarem previstos no rol da ANS, é abusiva, especialmente quando sua ausência pode precipitar a necessidade de internação hospitalar.
4. A decisão recorrida está em conformidade com a jurisprudência do STJ, que admite a cobertura excepcional de procedimentos e medicamentos fora do rol da ANS, desde que preenchidos os requisitos legais e técnicos.
5. A revisão do acervo fático-probatório para modificar as conclusões do acórdão recorrido encontra óbice na Súmula 7/STJ.
6. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 04/11/2025 a 10/11/2025, por unanimidade, conhecer do recurso mas lhe negar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 13 de novembro de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2935886 - SP (2025/0172787-8)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : UNIMED DE FRANCA SOC COOPDE SERVICOS MED E
HOSPITALARES
ADVOGADOS : CAMILA DANIELLI FERREIRA LOURENÇO - SP343245
MARLO RUSSO - SP112251
AGRAVADO : RODOLFO CESAR DE OLIVEIRA
ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954
ISAURA MARIA MOREIRA SARTO TAGLIALEGNA - DF028195
FERNANDA CARVALHO DE SOUSA - SP465933
ARNALDO ALVES DE OLIVEIRA FILHO - SP529232
VITÓRIA LETÍCIA DE SOUZA VIEIRA F DE GODOY CO - SP532523

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. HOME CARE. COBERTURA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS INDISPENSÁVEIS. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE MITIGADA. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO DESPROVIDO.

1. O rol da ANS é taxativo, mas comporta exceções em situações excepcionais, desde que demonstrada a eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências, com plano terapêutico adequado e recomendações de órgãos técnicos de renome.
2. O atendimento domiciliar (home care) é equiparado à internação hospitalar quando indicado como substitutivo, sendo abusiva a cláusula contratual que veda sua cobertura.
3. A negativa de cobertura de medicamentos indispensáveis ao tratamento domiciliar, apenas em razão de não estarem previstos no rol da ANS, é abusiva, especialmente quando sua ausência pode precipitar a necessidade de internação hospitalar.

4. A decisão recorrida está em conformidade com a jurisprudência do STJ, que admite a cobertura excepcional de procedimentos e medicamentos fora do rol da ANS, desde que preenchidos os requisitos legais e técnicos.
5. A revisão do acervo fático-probatório para modificar as conclusões do acórdão recorrido encontra óbice na Súmula 7/STJ.
6. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por UNIMED FRANCA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES contra decisão que inadmitiu seu recurso especial, fundamentado no artigo 105, inciso III, alíneas “a” e “c”, da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo eg. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado:

“Plano de saúde. Home care. Paciente que sofreu acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico. Negativa de custeio de despesas com atendimento domiciliar, sob o argumento de que excluído contratualmente. Laudo pericial que concluiu pela necessidade de atendimento domiciliar de forma definitiva, com equipe multiprofissional. Abusividade da recusa. Cobertura devida. Indicação médica expressa do tratamento domiciliar, corroborada por perícia judicial. Recusa ao custeio de medicamentos de uso domiciliar e instrumentos para sua aplicação, sob o fundamento de que excluídos contratualmente medicamentos de uso domiciliar. Medicamentos expressamente indicados que integram o tratamento e que seriam devidos em caso de internação. Rol da ANS de procedimentos de cobertura obrigatória que não inclui home care. Taxatividade assentada em acórdão da Corte Superior no qual, de todo modo, ressalvadas situações excepcionais a permitir a cobertura de procedimento fora do rol. Pedido de ressarcimento de prejuízo com o custeio de insumos pessoais em razão da revogação parcial de liminar concedida na origem. A despeito da natureza objetiva da responsabilidade decorrente do artigo 302 do CPC, na espécie, o autor decaiu minimamente em seus pedidos, tratando-se apenas da sua extensão, e que se reduziu, mas ainda assim na menor parte. Sentença mantida. Recurso desprovido.” (e-STJ, fls. 2326)

Em seu recurso especial, o recorrente alega violação dos seguintes dispositivos da legislação federal, com as respectivas teses: (i) art. 10, caput, da Lei 9.656/1998, pois o acórdão teria invertido a lógica normativa ao impor cobertura de tratamentos pelo simples fato de a doença estar coberta, desconsiderando que o caput elenca a cobertura das doenças e que os incisos trariam exceções de procedimentos não obrigatórios; (ii) art. 10, VI, da Lei 9.656/1998, porque teria sido afastada a exclusão legal do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não oncológicos, mantendo-se cobertura indevida para fármacos de uso em domicílio que a lei expressamente excluiria; (iii) art. 10, § 13, I e II, da Lei 9.656/1998 (com redação da

Lei 14.454/2022), pois a cobertura fora do rol da ANS teria sido reconhecida sem comprovação de eficácia baseada em evidências e plano terapêutico e sem recomendações da CONITEC ou de órgão internacional, havendo, ademais, nota técnica do NatJus desfavorável e (iv) art. 10, § 4º, da Lei 9.656/1998 e art. 4º, III, da Lei 9.961/2000, porque teria sido desconsiderada a referência básica do rol da ANS e suas excepcionalidades, em divergência das teses firmadas pela Segunda Seção do STJ sobre taxatividade do rol e parâmetros de Saúde Baseada em Evidências para cobertura excepcional.

Foram apresentadas contrarrazões (e-STJ, fls. 2.291/2.305).

O recurso especial foi inadmitido na origem, dando ensejo à interposição do presente agravo.

É o relatório.

VOTO

Extrai-se dos autos que, na origem, o autor, beneficiário de plano de saúde, teria sofrido AVC hemorrágico, recebido alta hospitalar e permanecido dependente de equipamentos e cuidados multiprofissionais, com indicação médica de *home care*; diante da negativa de cobertura sob alegação de exclusão contratual, teria suportado despesas particulares e propôs ação cominatória com tutela de urgência para garantir internação domiciliar, além de pleitear ressarcimento dos valores despendidos e indenização por danos morais.

A sentença prolatada em 04/09/2019 julgou parcialmente procedente a demanda para impor à ré o fornecimento de atendimento domiciliar pelo serviço UNILAR, conforme prescrições médicas, e condená-la ao pagamento das despesas realizadas pelo autor com o *home care* eventualmente ainda não quitadas, com correção monetária desde o desembolso e juros de mora de 1% ao mês a partir da citação; rejeitou o pedido de danos morais e fixou sucumbência recíproca, com custas rateadas e honorários por equidade em 10% do valor da causa para cada parte (e-STJ, fls. 1570-1578).

Interpostos recursos de apelação, a 1ª Câmara de Direito Privado deu parcial provimento a ambos os recursos para manter a cobertura do *home care*, à luz da Súmula 90 do TJSP, assegurar a cobertura de dieta específica, materiais e medicamentos indispensáveis ao tratamento, excluir o custeio de insumos pessoais de higienização e condenar a ré ao pagamento de danos morais em R\$ 15.000,00, com atualização conforme a Súmula 362 do STJ e sem interferência na sucumbência (Súmula 326 do STJ), atribuindo os ônus sucumbenciais apenas à ré em razão do decaimento mínimo do autor (e-STJ, fls. 1658-1672).

Opostos embargos de declaração, o TJSP rejeitou as alegações de omissão e contradição, afirmando que medicamentos de uso domiciliar indispensáveis ao tratamento se inseririam na cobertura, ao passo que insumos de higienização não guardariam relação direta com o processo curativo (e-STJ, fls. 1709-1714).

Com a interposição de REsp pelo autor, o Superior Tribunal de Justiça o julgou prejudicado em razão do parcial provimento do apelo da operadora, com anulação da sentença e do acórdão recorrido, implicando perda de objeto do apelo nobre (e-STJ, fls. 1917-1918).

Interposto agravo em recurso especial da operadora, o STJ deu parcial provimento para anular a sentença e o acórdão, determinando instrução técnica com nota do NAT-JUS e ofício à ANS, enfatizando a necessidade de solução técnica à luz do rol e da Saúde Baseada em Evidências, bem como o entendimento da Quarta Turma sobre a não exemplificatividade do rol e a vedação de substituição da avaliação técnica por indicação exclusiva do médico assistente (art. 10, §4º, da Lei 9.656/1998; art. 4º, III, da Lei 9.961/2000) (e-STJ, fls. 1919-1934).

Com o retorno, a nova sentença prolatada (22/11/2023) manteve o atendimento domiciliar pelo UNILAR, determinou cobertura de alimentação específica, itens necessários a curativos e medicamentos indispensáveis, afastou insumos pessoais de higienização e negou danos morais, com sucumbência recíproca; fundou-se em nota técnica do NAT-JUS (assistência domiciliar de média complexidade) e em respostas da ANS sobre inexistência de cobertura obrigatória para procedimentos executados em domicílio (e-STJ, fls. 2208-2218).

Interposta nova apelação (e-STJ, fls. 2273-2284), o recurso foi julgado na forma do acórdão ora recorrido.

Todos os fundamentos da decisão de inadmissão do recurso especial foram impugnados no agravo em recurso especial, razão pela qual conheço do agravo e passo ao mérito do recurso especial.

Violação aos artigos 10, caput, VI, §4º, §13, incisos I e II, da Lei 9.656/1998 e art. 4º, III, da Lei 9.961/2000 (rol da ANS e suas excepcionalidades)

A parte recorrente sustenta que o acórdão teria invertido a lógica normativa ao determinar a cobertura de determinados tratamentos apenas em razão de a doença estar incluída no rol de cobertura, desconsiderando que o caput do dispositivo legal institui a obrigatoriedade de cobertura das doenças, enquanto seus incisos preveem exceções quanto a procedimentos e situações não obrigatórios. Alega, ainda, que o julgado afastou indevidamente a exclusão legal do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não oncológico, mantendo cobertura indevida de fármacos administrados fora do ambiente de internação, embora a lei restrinja a obrigação aos medicamentos ministrados durante internação hospitalar.

Sustenta que a cobertura fora do rol da ANS foi reconhecida sem comprovação de eficácia com base em evidências científicas, sem plano terapêutico adequado e sem recomendações da Conitec ou de órgão internacional de renome, havendo, inclusive, nota técnica do NatJus desfavorável, o que demonstraria a inobservância dos requisitos legais. Por fim, alega a parte recorrente que teria sido desconsiderada a função do rol da ANS como referência básica e suas excepcionalidades, em desconformidade com os parâmetros de saúde baseada em evidências, autorizando cobertura para *home care*, alimentação e materiais domiciliares sem substituto terapêutico validado nos termos legais

O acórdão assentou que exclusões residuais que inviabilizam o tratamento seriam abusivas; cobrindo-se a doença, não se excluiria o tratamento necessário ao seu enfrentamento, cabendo ao médico assistente aferir a terapêutica adequada, em interpretação compatível com o CDC e a boa-fé objetiva. Além disso, o Tribunal reconheceu a regra legal de exclusão de medicamentos de uso domiciliar, mas concluiu que a restrição quanto ao local não se aplicaria quando a infusão da droga constituísse o próprio tratamento; negar a cobertura em domicílio, no caso, poderia precipitar internação, razão pela qual reputou obrigatória a cobertura de fármacos indispensáveis ao tratamento domiciliar do paciente.

Além disso, o acórdão registrou que a Lei 14.454/2022 fixou o rol como referência básica e admitiu cobertura excepcional fora do rol, com requisitos que não destoariam dos parâmetros do STJ; na espécie, entendeu ausente demonstração, pela operadora, de substituto terapêutico efetivo constante do rol, amoldando o caso às exceções e autorizando a cobertura do atendimento domiciliar e itens indispensáveis. Embora reconhecida a taxatividade do rol pela 2ª Seção do STJ, o Tribunal afirmou que tal taxatividade comportaria exceções e que a ausência de previsão do home care no rol não infirmaria a cobertura quando demonstrada a necessidade e a inexistência de substituto eficaz; valorizou a indicação médica, a perícia e a nota técnica quanto à assistência domiciliar, concluindo pela cobertura (e-STJ, fls. 2342-2347; 2333-2335; 2339).

No caso em exame, o Tribunal de origem apreciou a questão nos seguintes termos:

"No mérito, a sentença não comporta reparo.

Em primeiro lugar, como já se disse no acórdão anteriormente proferido, incontroverso que o autor, com 75 anos de idade e histórico de diverticulite, hepatite B e hipertensão, tenha sido acometido de acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico em 2014, apresentando sequela neurológica, além de novos quadros de AVC em 2016 e 2018.

Comprovado, ainda, que o paciente esteve acamado, traqueostomizado e gastrostomizado (fls. 36; 37/38; 119), tendo sido diagnosticado como totalmente dependente para cuidados de higiene e alimentação, em virtude do que lhe foi prescrito home care com atendimento multidisciplinar de fisioterapia, fonoterapia, terapia ocupacional e enfermagem 24 horas, além de uso de medicação contínua, bem como os materiais listados nos relatórios médicos juntados à inicial (fls. 36; 37/38) e atualizados periodicamente no curso do processo.

Neste sentido, confira-se o teor do Documento recebido eletronicamente da origem relatório médico datado de junho de 2015: "Atesto para todos os fins que o Sr. Rodolfo César de Oliveira apresenta sequela grave de Acidente Vascular Hemorrágico (AVC), com perda da movimentação motora em hemicorpo esquerdo(hemiplegia), dificuldade na articulação da fala (disartria), engasgos frequentes (disfagia), todos como consequência do quadro descrito. Apresenta dificuldade em manter-se em pé, necessitando da ajuda de terceiro, não deambula e não esboça movimentos de forma voluntária neste dimídio. Apresenta ainda quadro de apneia do sono, patologia prévia, mesmo antes do AVC, onde depende de aparelho para melhorar o quadro, além da traqueostomia adquirida na instalação da hemorragia intracraniana. Clinicamente apresenta oscilações frequentes da pressão arterial, situação esperada após o AVC, aumento de secreção observada pela presença na traqueostomia, além de quadro de tosse produtiva, infecções recorrentes tanto

de vias aéreas quanto urinária por permanecer muito acamado. Associado desenvolveu quadro depressivo por não ter recuperado por completo sua independência física e emocional. Está em uso contínuo de medicamentos onde depende de terceiros para sua administração. Necessita que se mantenha cuidados 24 horas por dia, para cuidados pessoais, alimentação, fisioterapia frequente e administração de medicamentos.” (g.n.) (fls. 402). E o cenário restou inalterado cerca de um ano depois (fls. 608).

De igual maneira o relatório de fls. 847, assinado pelo novo médico assistente do autor, em janeiro de 2017, descrevendo sequelas motoras e mentais graves, episódios de AVC ocorridos nos dois hemisférios cerebrais e apontando a necessidade de cuidados diários para a sobrevivência do paciente, em áreas como enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia, além das medicações prescritas.

Não se furta a reconhecer que o quadro do autor, ao menos aparentemente, apresentou melhora no curso do processo, como se infere das fotografias juntadas pela ré, indicando participação em eventos sociais (com cadeira de rodas) ou mesmo do relatório médico de fls. 402, que aponta sinais claros de reabilitação, com função cardiovascular estável, bom quadro respiratório e neurológico, secreção com aspecto normal, alimentação via oral e diurese preservadas, além de naquele momento ameaçar alguns passos com o auxílio de terceiros e órtese. Mas, apesar dos avanços, bem se vê que o próprio profissional subscritor de tal relatório não negava, naquele momento, a necessidade de home care (fls. 413/414).

Aliás, o próprio plano terapêutico elaborado por parceiro da ré (fls. 736/744), ainda que não na frequência alvitada pelos médicos que acompanham o autor, não desmente a necessidade de atendimento médico, de enfermagem e sessões de fisioterapia e fonoaudiologia. Assim também o que se colhe dos relatórios da equipe multiprofissional da Unilar, de dezembro de 2015 (fls. 568/577), que atribuíram ao quadro do autor score sem complexidade para internação domiciliar (conforme a tabela ABEMID fls. 572) ou ao menos para a manutenção de equipe de enfermagem 24 horas (conforme a tabela NEAD fls. 574). Mas, com efeito, nem só de internação domiciliar se trata o home care.

Bem neste sentido se põe o laudo pericial afinal realizado no feito (fls. 1.469/1.473). Quando do comparecimento à perícia, o autor se apresentava corado, hidratado, acianótico, anictérico, eupneico e afebril, em bom estado de nutrição, com idade física compatível com a idade cronológica. Mas, do ponto de vista neurológico, apesar de consciente, apresentava-se desorientado no tempo e no espaço, com a memória prejudicada. Sem contar que constatada traqueostomia, gastrostomia e diminuição de força importante em membros superiores e inferiores, além de uso de oxigênio à noite.

É dizer, embora havida evolução do quadro, sendo que mesmo o terceiro episódio de AVC não resultou em piora no déficit motor preexistente (fls. 1.287/1.289), constatou-se quadro em que, de todo modo, demandada a atenção de equipe multiprofissional e ao que ainda se indica o home care como mecanismo a proporcionar a continuidade do tratamento com maior humanização do paciente, redução de agravos decorrentes de internações prolongadas e maior envolvimento dos familiares (v. resposta ao quesito n. 2 do autor fls. 1.473), representando melhora evolutiva e ganho de qualidade de vida (v. resposta ao quesito n. 4 do autor fls. 1.473).

Assim, concluiu a perita que “o autor necessita de cuidados de Home Care desde a alta hospitalar até atualmente (atendimento médico, de enfermagem, fonoaudiológico e fisioterápico)” (fls. 1.472/1.473), de maneira definitiva, em atendimento domiciliar (v. resposta ao quesito n. 4 da ré fls. 1.473), sendo

sintomático que a própria ré reconheça se tratar, ao cabo, de modalidade de home care, de resto na esteira do próprio manual que junta a fls. 299/300.

Referida modalidade, conforme exposto em precedente de minha relatoria, constitui alternativa ao atendimento ambulatorial, representando procedimentos de atenção primária com baixa densidade, sendo indicado para pacientes que não necessitem mais de hospitalização, por meio de visita ou procedimento, isolado ou periódico (Ap. Cív. n. 1002421-15.2016.8.26.0024, j. em 24/09/2019).

E veja-se que ausente impugnação às conclusões do laudo pericial, escorando-se a ré apenas no argumento da legalidade da exclusão contratual.

*De resto, frise-se que embora a inicial refira tratamento com extensão equivalente à da internação hospitalar, mas em âmbito domiciliar, também há pedido expresso quanto ao home care, nos termos dos relatórios médicos juntados, por certo os quais não falam em internação, mas em atendimento multisetorial cuja necessidade se confirmou em perícia.
[...]*

Procedeu-se, assim, à produção da prova técnica determinada, consistente em parecer técnico da ANS (fls. 2.101/2.103; 2.130/2.132) e nota técnica do NatJus (fls. 2.190/2.193).

É sabido, porém, que não são vinculantes os pareceres técnicos juntados aos autos. Certo, ao mesmo tempo, que não podem ou devem ser simplesmente olvidados, pois, tratando-se de elemento probatório, servem à formação da convicção do julgador, isto é, como apontado pela Corte Superior, prestam-se a esclarecer questão eminentemente técnica, subjacente àquela de ordem jurídica.

Quanto à nota técnica do NatJus, de fato veio com parecer desfavorável aos medicamentos e produtos indicados ao autor: “[Q]uanto às medicações solicitadas, várias delas estão disponíveis no SUS ou têm substitutos adequados. Outros itens solicitados não constantes da RENAME (ou sem substitutos adequados) não têm explicação do motivo e sua indicação. Quanto aos materiais, muitos deles são trazidos pelos profissionais para os cuidados. Outros deles podem ser solicitados às unidades básicas de saúde.” (fls. 2.192).

E, no mesmo sentido, mostra-se desfavorável aos procedimentos prescritos, com o fundamento, no entanto, de que “[o]s cuidados propostos pela seguradora de saúde estão em acordo com as regras da ANS” (fls. 2.193). De forma mais detalhada esclarece-se: “Paciente com sequela de AVC, apresentando limitações importantes e necessidades de cuidados em vários campos, como higiene, cuidados com gastrostomia e traqueostomia, alimentação, mudança de decúbito, fisioterapia e terapia ocupacional, caracterizando, segundo os critérios da ABEMIB e NEAD, atendimento de média complexidade, sugerindo assistência domiciliar e não internação domiciliar, com os cuidados sugeridos pelo plano de saúde sendo adequados para a complexidade do paciente em questão” (fls. 2.192).

Pois já se pontue que, embora desfavorável, consigna o mesmo parecer a necessidade de atendimento domiciliar ao autor, em linha, vale destacar, com as conclusões do laudo pericial e a relatada evolução de seu quadro clínico, conforme elucidado acima.

Ademais, e seja como for, entende-se devido o custeio das despesas com o tratamento. Como se disse no julgado anterior, cuida-se, afinal, de garantir o atendimento de procedimento claramente coberto. Se o método indicado é parte do tratamento abarcado pelo contrato, cuja necessidade, aliás, é evidente aqui

em consonância com o laudo pericial e o parecer do NatJus, apontada, ademais, a ausência de autossuficiência do autor para as necessidades básicas, então a conclusão se entende ser de fornecimento do quanto necessário para o tratamento indicado.

Neste contexto, mostra-se abusiva, inclusive, a negativa de cobertura das medicações tão somente em razão de não estar o autor internado, assim prescritos os medicamentos para tratamento domiciliar.

É bem verdade que o artigo 12, II, 'd', da Lei n. 9.656/1998, prevê que a cobertura mínima, para contratos que abranjam internação hospitalar, deva incluir a cobertura de medicamentos apenas quando “ministrados durante o período de internação hospitalar”, excluído do plano-referência de que trata o artigo 10 da mesma lei o “fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar” (art. 10, VI), salvo, na forma do artigo 19, VI, da Resolução Normativa ANS n. 338/2013, medicamentos antineoplásicos ou necessários à continuidade de tratamentos prestados mediante internação hospitalar enumerados nas alíneas do artigo 21, X, daquela resolução.

Sucedem restrições sobre o local de atendimento, em princípio, não podem se aplicar quando a infusão das drogas indicadas seja, em si, o tratamento do paciente.

Aliás, a não ser assim e a conclusão, que não é sustentável, seria a de que as despesas de aquisição dos medicamentos estariam cobertas se o paciente se dirigisse ao hospital para que lhe fossem ministrados os remédios, em vez de fazê-lo em casa, frise-se, por recomendação e na forma da indicação de seu médico.

*Depois, ainda que não se esteja a afirmar tenha a legislação previsto a cobertura de todo e qualquer medicamento prescrito ao beneficiário de contrato de saúde, assim em qualquer hipótese, isto se dá em situações em que, conforme a doença e seu estágio evolutivo, negar a cobertura da droga em domicílio signifique provocar ou acelerar a necessidade de internação, quando então, e de qualquer modo, será devida a cobertura do medicamento, mas a dano do paciente, que sofre os efeitos deletérios da doença até que necessite de internação, e se vê privado, durante este tempo, dos benefícios do medicamento prescrito pelo médico assistente e de possível prolongamento de sua expectativa ou qualidade de vida. Tal como, diante de paciente idoso com histórico de AVC, ocorre na espécie.
[...]*

Ademais, vale lembrar que as restrições em contratos de plano de saúde não podem inviabilizar mesmo o atendimento básico que se contrata. Não se devem por de sorte a privar o ajuste de seu efeito primordial, encerrando verdadeira cláusula chamada perplexa, que subtrai do negócio sua eficácia final. A propósito, assentou-se, no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, que “o direito subjetivo assegurado em contrato não pode ser exercido de forma a subtrair do negócio sua finalidade precípua” (REsp n. 735.168/RJ, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma do STJ, j. em 11/03/2008).

Registre-se, ainda, que a alimentação específica do paciente deverá ser coberta, sob pena de inviabilizar o seu tratamento [...].

Na espécie, considera-se justamente que não demonstrou a ré haver, para o tratamento do autor, outro procedimento efetivo constante do rol da ANS, pelo que, não havendo substituto terapêutico adequado, admissível a excepcional cobertura do atendimento domiciliar ou home care. Nem se cogita de que o tratamento tenha natureza experimental ou se questiona sua eficácia, visto que

apenas propõe a realização de tratamentos comprovadamente eficazes no domicílio do paciente. Tem-se, pois, que o caso concreto se amolda às admitidas exceções à taxatividade do rol da ANS.

E, sendo possível a contratação de cobertura de procedimento não incorporado ao rol, a própria ré indica seu produto Unilar, cuja exclusão dos procedimentos cobertos pelo plano de saúde de que é beneficiário o autor se reputa abusiva, conforme expressamente se pontuou."

Inicialmente, se destaca não desconhecer o entendimento firmado pela eg. Quarta Turma, por ocasião do julgamento do REsp 1.733.013/PR (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, DJe de 20/02/2020), acerca da limitação da responsabilidade das operadoras do plano de saúde em face do rol de procedimentos mínimos e obrigatórios da ANS. Todavia, o voto condutor do mencionado julgamento ressalva a possibilidade de, em situações excepcionais, reconhecidas em decisão fundamentada, ser possível que o Juízo determine o fornecimento de cobertura considerada imprescindível.

Nesse mesmo sentido, posteriormente, a Segunda Seção do STJ, por ocasião do julgamento dos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, DJe de 3/8/2022), reafirmou o entendimento acima delineado, fixando as seguintes premissas que devem orientar a análise da controvérsia acerca da cobertura de tratamentos médicos pelos planos de saúde:

- 1) o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo;*
- 2) a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol;*
- 3) é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol;*
- 4) não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que:*
 - (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar;*
 - (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências;*
 - (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros;*
 - e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.*

Logo em seguida, foi editada a Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022, que dispôs sobre a alteração da Lei 9.656/98, para prever a possibilidade de cobertura de tratamentos não contemplados pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, disciplinando que o referido rol constitui apenas referência básica para os planos de saúde, e que a cobertura de tratamentos que não estejam previstos no rol deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde quando cumprir pelo menos uma das condicionantes previstas na lei. Confirma-se, a propósito, a nova redação da Lei 9.656/98, *in verbis*:

"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 enfermagem, 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: (...)

§12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§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:

*I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou
II - existam recomendações pela Comissão 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."*

Nesse cenário, conclui-se que tanto a jurisprudência do STJ quanto a nova redação da Lei dos Planos de Saúde admitem a cobertura, de forma excepcional, de procedimentos ou medicamentos não previstos no rol da ANS, desde que amparada em critérios técnicos, devendo a necessidade ser analisada caso a caso.

O quadro fático do caso examinado delineado no acórdão demonstra que o tratamento em ambiente domiciliar não constitui mera comodidade, mas sim extensão da internação hospitalar, medida essencial à continuidade terapêutica e à preservação da vida e da dignidade do paciente. O *home care*, quando indicado como substitutivo da internação, deve ser equiparado, para fins de cobertura, ao atendimento hospitalar, não se tratando de tratamento domiciliar opcional, mas de necessidade médica comprovada.

Aliás, sobre o tema, tem-se que a jurisprudência desta Corte se firmou no sentido de que é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (*home care*) como alternativa à internação hospitalar. A propósito:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL. INSURGÊNCIA DA PARTE DEMANDADA. 1. É abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar. 2. Agravo interno desprovido. (AgInt no REsp n. 2.031.212/PB, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 6/3/2023, DJe de 10/3/2023.)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. HOME CARE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR SUBSTITUTIVA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR. INSUMOS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO DE SAÚDE. COBERTURA OBRIGATÓRIA. CUSTO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR LIMITADO AO CUSTO DIÁRIO EM HOSPITAL. 1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 23/01/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 25/04/2022 e concluso ao gabinete em 10/08/2022. 2. O propósito recursal é decidir sobre a obrigação de a operadora do plano de saúde custear os insumos necessários ao tratamento médico da usuária, na modalidade de home care (internação domiciliar). 3. Nos termos da jurisprudência desta Corte, é abusiva a cláusula contratual hospitalar. Precedentes. 4. A cobertura de internação domiciliar, em substituição à internação hospitalar, deve abranger os insumos necessários para garantir a efetiva assistência médica ao beneficiário; ou seja, aqueles insumos a que ele faria jus acaso estivesse internado no hospital, sob pena de desvirtuamento da finalidade do atendimento em domicílio, de comprometimento de seus benefícios, e da sua subutilização enquanto tratamento de saúde substitutivo à permanência em hospital. 5. O atendimento domiciliar deficiente levará, ao fim e ao cabo, a novas internações hospitalares, as quais obrigarão a operadora, inevitavelmente, ao custeio integral de todos os procedimentos e eventos delas decorrentes. 6. Hipótese em que deve a recorrida custear os insumos indispensáveis ao tratamento de saúde da recorrente - idosa, acometida de tetraplegia, apresentando grave quadro clínico, com dependência de tratamento domiciliar especializado - na modalidade de home care, conforme a prescrição feita pelo médico assistente, limitado o custo do atendimento domiciliar por dia ao custo diário em hospital. 7. Recurso especial conhecido e provido. (REsp n. 2.017.759/MS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 14/2/2023, DJe de 16/2/2023.)

Dessa forma, considerando a robusta prova médica que evidencia a necessidade do atendimento domiciliar ao autor da ação, destacada na fundamentação do acórdão, o parecer técnico do NAT-JUS que confirma a adequação da medida e o caráter substitutivo do *home care* em relação à internação hospitalar, correto acórdão ao manter a sentença de primeiro grau quanto ao acolhimento do pedido autoral para determinar a cobertura do tratamento prescrito em *home care*, com cobertura de alimentação específica, itens necessários a curativos e medicamentos indispensáveis, afastando apenas insumos pessoais de higienização.

Outrossim, não merece prosperar a alegação de que não se deve custear os medicamentos de uso domiciliar, no caso. Com efeito, a jurisprudência desta Corte se consolidou 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 incluídos no Rol da ANS para esse fim. Interpretação dos arts. 10, VI, da Lei nº 9.656/1998 e 19, § 1º, VI, da RN nº 338/2013 da ANS (atual art. 17, parágrafo único, VI, da RN nº 465/2021)*" (REsp 1.692.938/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/4/2021, DJe 4/5/2021).

Estando a decisão de acordo com a jurisprudência do STJ, o recurso especial encontra óbice na Súmula 83/STJ.

Ademais, a pretensão de modificar o entendimento quanto à conclusão no sentido de que demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório, o que é inviável em sede de recurso especial, nos termos da Súmula 7/STJ.

Ante o exposto, conheço do agravo para negar provimento ao recurso especial.

Nos termos do art. 85, §11, do Código de Processo Civil de 2015, majoro os honorários advocatícios devidos à parte recorrida de 12% (doze por cento) para 13% (treze por cento).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AREsp 2.935.886 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0172787-8

Número de Origem:

10176167720148260196 1017616772014826019610218500520148260196 10218500520148260196
202102219233

Sessão Virtual de 04/11/2025 a 10/11/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : UNIMED DE FRANCA SOC COOPDE SERVICOS MED E
HOSPITALARES

ADVOGADOS : MARLO RUSSO - SP112251

CAMILA DANIELLI FERREIRA LOURENÇO - SP343245

AGRAVADO : RODOLFO CESAR DE OLIVEIRA

ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

ISAURA MARIA MOREIRA SARTO TAGLIALEGNA - DF028195

FERNANDA CARVALHO DE SOUSA - SP465933

ARNALDO ALVES DE OLIVEIRA FILHO - SP529232

VITÓRIA LETÍCIA DE SOUZA VIEIRA F DE GODOY CO - SP532523

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE - TRATAMENTO
MÉDICO-HOSPITALAR

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 04/11/2025 a 10/11/2025, por unanimidade, decidiu conhecer do recurso mas lhe negou provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 10 de novembro de 2025