



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2215297 - AL (2025/0190048-7)

RELATOR : MINISTRO HUMBERTO MARTINS
RECORRENTE : UNIMED MACEIÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : GUSTAVO UCHÔA CASTRO - AL005773
LINALDO FREITAS DE LIMA - AL005541
NATHALIA DE CARVALHO BRILHANTE DA NOBREGA - AL011133
LUCAS GONZAGA DE OLIVEIRA - AL012923
THAYNÁ CABRAL GUIMARÃES BARROS - AL022040B
RECORRIDO : ROSEMARY VALOIS LOBO
ADVOGADO : JUAREZ MIGUEL SILVA SANTOS - AL001305

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. EXCLUSÃO DE COBERTURA.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas que manteve sentença de procedência em ação de obrigação de fazer, determinando o fornecimento de medicamento de uso domiciliar prescrito para tratamento de osteoporose.
2. Fato relevante. A operadora negou o custeio do medicamento sob o argumento de que se trata de fármaco de uso domiciliar, não incluído na cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde.
3. Decisões anteriores. O Tribunal de origem considerou abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde e a vida do beneficiário, aplicando o Código de Defesa do Consumidor e a Súmula 608/STJ.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. A questão em discussão consiste em saber se a cláusula contratual que exclui o custeio de medicamentos administrados fora do ambiente hospitalar é válida, em conformidade com a legislação de regência.

III. RAZÕES DE DECIDIR

5. O rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é, em regra, taxativo, admitindo-se mitigação em hipóteses excepcionais, desde que atendidos critérios como prescrição fundamentada do médico assistente, inexistência de substituto terapêutico eficaz, respaldo técnico-científico idôneo e diálogo interinstitucional, conforme precedentes do STJ.

6. Medicamentos prescritos para uso domiciliar, adquiridos em farmácias, não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde, salvo exceções previstas na legislação, como antineoplásicos orais e correlatos vinculados a procedimentos listados no rol da ANS.

7. A análise da abusividade da cláusula contratual e da imprescindibilidade do medicamento exigiria o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que encontra óbice na Súmula 7/STJ.

IV. DISPOSITIVO

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 18/11/2025 a 24/11/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro, Daniela Teixeira e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 25 de novembro de 2025.

Ministro Humberto Martins
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2215297 - AL (2025/0190048-7)

RELATOR : **MINISTRO HUMBERTO MARTINS**
RECORRENTE : UNIMED MACEIÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : GUSTAVO UCHÔA CASTRO - AL005773
LINALDO FREITAS DE LIMA - AL005541
NATHALIA DE CARVALHO BRILHANTE DA NOBREGA - AL011133
LUCAS GONZAGA DE OLIVEIRA - AL012923
THAYNÁ CABRAL GUIMARÃES BARROS - AL022040B
RECORRIDO : ROSEMARY VALOIS LOBO
ADVOGADO : JUAREZ MIGUEL SILVA SANTOS - AL001305

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. EXCLUSÃO DE COBERTURA.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas que manteve sentença de procedência em ação de obrigação de fazer, determinando o fornecimento de medicamento de uso domiciliar prescrito para tratamento de osteoporose.
2. Fato relevante. A operadora negou o custeio do medicamento sob o argumento de que se trata de fármaco de uso domiciliar, não incluído na cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde.
3. Decisões anteriores. O Tribunal de origem considerou abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde e a vida do beneficiário, aplicando o Código de Defesa do Consumidor e a Súmula 608/STJ.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. A questão em discussão consiste em saber se a cláusula contratual que exclui o custeio de medicamentos administrados fora do ambiente hospitalar é válida, em conformidade com a legislação de regência.

III. RAZÕES DE DECIDIR

5. O rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é, em regra, taxativo, admitindo-se mitigação em hipóteses excepcionais, desde que atendidos critérios como prescrição fundamentada do médico assistente, inexistência de substituto terapêutico eficaz, respaldo técnico-científico idôneo e diálogo interinstitucional, conforme precedentes do STJ.

6. Medicamentos prescritos para uso domiciliar, adquiridos em farmácias, não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde, salvo exceções previstas na legislação, como antineoplásicos orais e correlatos vinculados a procedimentos listados no rol da ANS.

7. A análise da abusividade da cláusula contratual e da imprescindibilidade do medicamento exigiria o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que encontra óbice na Súmula 7/STJ.

IV. DISPOSITIVO

Recurso especial não conhecido.

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS (relator):

Cuida-se de recurso especial interposto por UNIMED MACEIÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com fundamento no artigo 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal, contra acórdão do TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE ALAGOAS assim ementado (fls. 348 - 354):

"DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE. PESSOA IDOSA. APELAÇÃO CÍVEL EM AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. APELO PROVENIENTE DA UNIMED MACEIÓ. PRELIMINAR DE AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO AFASTADA. IMPUGNAÇÃO À GRATUIDADE DA JUSTIÇA REJEITADA. MÉRITO. ALEGAÇÃO DE REFORMA DA

SENTENÇA PELA AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL E COBERTURA OBRIGATÓRIA. NÃO ACOLHIDO. É ABUSIVA A CLÁUSULA CONTRATUAL QUE EXCLUI TRATAMENTO PRESCRITO PARA GARANTIR A SAÚDE OU A VIDA DO BENEFICIÁRIO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 608, DO TRIBUNAL DA CIDADANIA. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AOS PLANOS DE SAÚDE. MÉDICO QUE ASSISTE O PACIENTE É QUEM ESTABELECE, NA BUSCA DA CURA, A ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA A SER DADA AO USUÁRIO ACOMETIDO DE DOENÇA COBERTA. PRECEDENTES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. ARGUMENTAÇÃO PELA REGULARIDADE DA CLÁUSULA RESTRITIVA DE DIREITO. AFASTADA. CONSTATAÇÃO DE ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA QUE LIMITA O TRATAMENTO PARA DOENÇA COBERTA. SENTENÇA MANTIDA. HONORÁRIOS RECURSAIS ESTABELECIDOS. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. DECISÃO UNÂNIME."

Rejeitados os embargos de declaração (fls. 744 - 755).

A parte recorrente alega que o acórdão estadual negou vigência aos comandos normativos contidos nos artigos 10, VI, e 12, I, *c*, II, *d*, ambos da Lei nº 9.656/1998, ao entender que haveria obrigação contratual de fornecimento de medicamento de uso domiciliar. Sustenta, ainda, que a negativa de cobertura, por decorrer de exercício regular de direito, não configuraria ilícito civil, de modo que a condenação imposta contraria o disposto no art. 188 do Código Civil.

Afirma, em síntese, que a recusa ao custeio da medicação “Teriparatida 600 mcg/2,4 ml, quantidade de 18 ampolas, para uso da dose de 20 mcg, uma vez ao dia, por 18 meses” encontra respaldo legal, pois o fornecimento de fármacos para uso domiciliar não integra a cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde. Acrescenta, por fim, que o acórdão recorrido diverge de julgados de outros Tribunais, os quais reconhecem a validade de cláusulas que excluem a cobertura de medicamentos dessa natureza (fl. 360 - 383).

Decorrido o prazo para contrarrazões (fls. 733 - 733), sobreveio o juízo de admissibilidade **positivo** da instância de origem (fls. 765 - 766).

É, no essencial, o relatório.

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS (relator):

I - O caso em discussão

Trata-se de recurso especial interposto por Unimed Maceió – Cooperativa de Trabalho Médico contra acórdão da 2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas, que, em sede de apelação cível, manteve a sentença que julgara procedente a ação de obrigação de fazer ajuizada por Rosemary Valois Lôbo.

Na origem, a parte autora, portadora de osteoporose, pleiteou o fornecimento do medicamento Teriparatida 600 mcg/2,4 ml, para uso diário por 18 meses, cujo custeio fora negado pela operadora sob o argumento de se tratar de fármaco de uso domiciliar, não incluído na cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde. O Juízo de primeiro grau julgou procedente o pedido, impondo à ré a obrigação de fornecer o tratamento indicado pelo médico assistente.

Interposta apelação pela operadora, o Tribunal local conheceu do recurso, mas lhe negou provimento, ao fundamento de que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento prescrito para garantir a saúde e a vida do beneficiário, aplicando-se o Código de Defesa do Consumidor e a Súmula 608/STJ, segundo a qual as operadoras de planos de saúde não podem restringir a cobertura de procedimentos indispensáveis ao tratamento de doença coberta.

II - Questão em discussão no recurso especial

A controvérsia devolvida ao Superior Tribunal de Justiça consiste em definir se a cláusula contratual que exclui o custeio de fármacos administrados fora do ambiente hospitalar é válida, em conformidade com a legislação de regência.

III - Razões de decidir

A questão posta deve ser solucionada à luz da orientação firmada pela Segunda Seção do STJ nos EREsp n. 1.886.929/SP e nos EREsp n. 1.889.704/SP: o rol da ANS é, em regra, taxativo, admitida mitigação em hipóteses excepcionais, quando (i) houver prescrição fundamentada do médico assistente; (ii) inexistir substituto terapêutico com eficácia e segurança equivalentes no rol; (iii) haja respaldo técnico-científico idôneo; e (iv) se observe o diálogo interinstitucional quando pertinente.

Nessas situações, admite-se a cobertura de tratamento não incluído na lista mínima quando demonstrada a imprescindibilidade da medida e a inexistência de substituto terapêutico eficaz, desde que haja respaldo científico, reconhecimento por órgãos técnicos nacionais ou internacionais e prescrição fundamentada pelo médico assistente.

Nesse sentido:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE

DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDNA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDPELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a ANS, estabelecendo no art. 3º sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º, III, elucida que compete à ANS elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

2. Por inequívoca opção do legislador, extrai-se tanto do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 quanto do art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000 que é atribuição dessa agência elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Nessa toada, o Enunciado n. 21 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ propugna que se considere, nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n. 9.656/1998, o Rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.

3. Por um lado, a Resolução Normativa ANS n. 439/2018, ora substituída pela Resolução Normativa ANS n. 470/2021, ambas dispondo sobre o rito processual de atualização do Rol, estabelece que as propostas de sua atualização serão recebidas e analisadas mediante critérios técnicos relevantes de peculiar complexidade, que exigem alto nível de informações, quais sejam, utilização dos princípios da

avaliação de tecnologias em saúde - ATS, princípios da saúde baseada em evidências - SBE, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Por outro lado, deixando claro que não há o dever de fornecer todas e quaisquer coberturas vindicadas pelos usuários dos planos de saúde, ao encontro das mencionadas resoluções normativas da ANS, a Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, incluiu o art. 10-D, § 3º, I, II e III, na Lei 9.656/1998 para estabelecer, no mesmo diapasão do regramento infralegal, a instituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10, devendo apresentar relatório que considerará: I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso; II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

4. O Rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo - devendo, ademais, a cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas - tem o condão de efetivamente padronizar todos os planos e seguros de saúde e restringir a livre concorrência, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, o que representaria, na verdade, suprimir a própria existência do "Rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população.

5. A par de o Rol da ANS ser harmônico com o CDC, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018). Dessa maneira, ciente de que o Rol da ANS é solução concebida pelo próprio legislador para harmonização da relação contratual buscada nas relações consumeristas, também não caberia a aplicação insulada do CDC, alheia às normas específicas inerentes à relação contratual.

6. Não se pode perder de vista que se está a discutir direitos e obrigações da relação contratual que envolvem plano de saúde e usuário, e não o estabelecimento de obrigação de fazer ou de não fazer a terceiro, que nem mesmo integra a lide. A ANS, ao contrário do médico-assistente da parte

litigante, analisa os procedimentos e eventos sob perspectiva coletiva, tendo em mira a universalização do serviço, de modo a viabilizar o atendimento do maior número possível de usuários. Mesmo o correto e regular exercício profissional da Medicina, dentro das normas deontológicas da profissão, usualmente possibilita ao profissional uma certa margem de subjetividade, que, por vezes, envolve convicções pessoais ou melhor conveniência, mas não pode nortear a elaboração do Rol.

7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delineia também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses - notadamente econômicos - da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar.

8. Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas. Com efeito, o entendimento de que o Rol - ato estatal, com expressa previsão legal e imperatividade inerente, que vincula fornecedores e consumidores - deve ser considerado meramente exemplificativo em vista da vulnerabilidade do consumidor, isto é, lista aberta sem nenhum paralelo no mundo, ignora que é ato de direito administrativo, e não do fornecedor de serviços, assim como nega vigência a diversos dispositivos legais, ocasionando antisseleção, favorecimento da concentração de mercado e esvaziamento da competência atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica, com prejuízo para toda a coletividade envolvida. Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde (art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção neles, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada.

9. Em recentes precedentes específicos envolvendo a supressão das atribuições legais da ANS, as duas Turmas de Direito Público decidiram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras", "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina,

Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021). Ademais, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (AgInt no REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021).

10. Diante desse cenário e buscando uma posição equilibrada e ponderada, conforme o entendimento atual da Quarta Turma, a cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de forma pontual, quando demonstrada a efetiva necessidade, por meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a prescrição do médico ou odontólogo que acompanha o paciente, devendo ser observados, prioritariamente, os contidos no Rol de cobertura mínima. Deveras, como assentado pela Corte Especial na esfera de recurso repetitivo, REsp n. 1.124.552/RS, o melhor para a segurança jurídica consiste em não admitir que matérias técnicas sejam tratadas como se fossem exclusivamente de direito, resultando em deliberações arbitrárias ou divorciadas do exame probatório do caso concreto. Ressaltou-se nesse precedente que: a) não é possível a ilegítima invasão do magistrado em seara técnica à qual não é afeito; b) sem dirimir a questão técnica, uma ou outra conclusão dependerá unicamente do ponto de vista do julgador, manifestado quase que de forma ideológica, por vez às cegas e desprendido da prova dos autos; c) nenhuma das partes pode ficar ao alvedrio de valorações superficiais.

11. Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol: 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 a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida 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 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.

12. No caso concreto, a parte autora da ação tem esquizofrenia paranoide e quadro depressivo severo e, como os tratamentos medicamentosos não surtiram efeito, vindica a estimulação magnética transcraniana - EMT, ainda não incluída no Rol da ANS. O Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme a Resolução CFM n. 1.986/2012, reconhece a eficácia da técnica, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas, esquizofrenias, bem como para o planejamento de neurocirurgia, mantendo o caráter experimental para as demais indicações. Consoante notas técnicas de NatJus de diversos Estados e do DF, o procedimento, aprovado pelo FDA norte-americano, pode ser mesmo a solução imprescindível para o tratamento de pacientes que sofrem das enfermidades do recorrido e não responderam a tratamento com medicamentos - o que, no ponto, ficou incontroverso nos autos.

13. Com efeito, como o Rol não contempla tratamento devidamente regulamentado pelo CFM, de eficácia comprovada, que, no quadro clínico do usuário do plano de saúde e à luz do Rol da ANS, é realmente a única solução imprescindível ao tratamento de enfermidade prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, notadamente por não haver nas diretrizes da relação editada pela Autarquia circunstância clínica que permita essa cobertura, é forçoso o reconhecimento do estado de ilegalidade, com a excepcional imposição da cobertura vindicada, que não tem preço significativamente elevado.

14. Embargos de divergência a que se nega provimento.

(REsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.)

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AUSÊNCIA DOS REQUISITOS DO ART. 1.022 DO CPC DE 2015. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO REJEITADOS.

1. Por um lado, conforme a firme jurisprudência do STJ, muito 'embora seja dever de todo magistrado velar a Constituição, para que se evite supressão de competência do egrégio STF, não se admite apreciação, na via especial, de matéria constitucional, ainda que para viabilizar a interposição de recurso extraordinário" (AgInt nos EDcl no AREsp 1844931/BA, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 23/08/2021, DJe 26/08/2021)" (AgInt no REsp n. 1.969.294/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 9/5/2022, DJe de 11/5/2022.). Por outro lado, por ocasião do julgamento da ADI n. 4.923, o relator, Ministro Luiz Fux, salientou que definitivamente não há um modelo de Estado único imposto pela Constituição. É o que exige a democracia enquanto projeto coletivo de autogoverno. Nesse leading case foi também pontuado que "a moderna concepção do princípio da legalidade, em sua acepção principiológica ou formal axiológica, chancela a atribuição de poderes normativos ao Poder Executivo, desde que pautada por princípios

inteligíveis (intelligible principles), capazes de permitir o controle legislativo e judicial sobre os atos da Administração" (ADI 4923, Relator(a): LUIZ FUX, Tribunal Pleno, julgado em 08/11/2017, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-064 DIVULG 04-04-2018 PUBLIC 05-04-2018).

2. Como dito no acórdão embargado, consoante entendimento da Quarta Turma no precedente paradigma, melhor refletindo acerca do tema, à luz dos substanciosos subsídios técnicos trazidos pelos amici curiae - inclusive, no que diz respeito à postura manifestada pelos próprios Conselhos Profissionais e pela Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor no sentido de prestigiar o rol da ANS -, não parece correto afirmar ser abusiva a exclusão do custeio dos meios e dos materiais necessários ao tratamento indicado pelo médico, diante dos seguintes dispositivos legais da lei de regência da saúde suplementar (Lei n. 9.656/1998): a) art. 10, § 4º, que prescreve a instituição do plano-referência, "respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12", com "amplitude das coberturas" "definida por normas editadas pela ANS"; b) art. 12, que estabelece serem facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º dessa Lei, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência mencionado no art. 10; c) art. 16, VI, o qual determina que, dos contratos, dos regulamentos ou das condições gerais dos produtos de que cuidam o inciso I e o § 1º do art. 1º dessa Lei, devem constar dispositivos que indiquem os eventos cobertos e excluídos".

3. Embargos de declaração rejeitados.

(EDcl nos EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 30/8/2022, DJe de 9/9/2022.)

Em sequência, sobreveio a Lei nº 14.454/2022, que positivou tais parâmetros ao estabelecer critérios para autorizar a cobertura de exames e terapias não constantes do rol, desde que atendidos requisitos de evidência científica e recomendações de órgãos especializados.

O Tribunal de origem entendeu que a cláusula limitativa da cobertura é abusiva, reconhecendo a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde e aplicando a Súmula 608/STJ, segundo a qual tais contratos se submetem às normas protetivas consumeristas. Registrou, ainda, que cabe ao médico assistente, e não à operadora, indicar a forma de tratamento adequado ao beneficiário, sobretudo em casos que envolvem doenças cobertas.

É certo, entretanto, que os medicamentos prescritos para uso doméstico e adquiridos comumente em farmácias não estão, em regra, cobertos pelos planos de saúde, pois a obrigatoriedade de custeio na Saúde Suplementar limita-se às hipóteses de administração durante a assistência em unidade de saúde, internação hospitalar (abrangido o

home care), quimioterapia oncológica ambulatorial, antineoplásicos orais de uso domiciliar (e correlatos), além daqueles vinculados a procedimentos listados no rol da ANS.

Cumpra ainda registrar que a medicação intravenosa ou injetável que dependa de supervisão direta de profissional habilitado não se caracteriza como tratamento domiciliar, sendo enquadrada como de uso ambulatorial ou como espécie de medicação assistida.

Esse é o entendimento consolidado por esta Corte:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. CUSTEIO DE MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DOMICILIAR. ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA. NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO OU SUPERVISÃO DIRETA DE PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO. RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 02/12/2019, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 26/10/2020 e atribuído ao gabinete em 17/03/2021.

2. O propósito recursal é dizer sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde custear medicamento para tratamento domiciliar (Ferinject 1000 mg - carboximaltose férrica), não previsto no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, prescrito para doença (anemia grave por deficiência de ferro) cuja cobertura está prevista no contrato.

3. No julgamento da ADI 2.095/RS (Relator(a): Min. Cármen Lúcia, julgado em 11/10/2019, DJe de 26/11/2019), o Plenário do STF decidiu que "o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência"; assim sendo, os atos normativos exarados pela ANS, além de compatíveis com a Lei 9.656/1998 e a Lei 9.961/2000, dentre outras leis especiais, devem ter conformidade com a CF/1988 e com a legislação infraconstitucional pertinente (CDC e CC), não lhe cabendo inovar a ordem jurídica.

4. Se a Lei 9.656/1998 estabelece que todas as doenças classificadas na CID estão incluídas no plano-referência, só se excluem da cobertura aqueles procedimentos e eventos relativos aos segmentos não contratados pelo consumidor, nos termos do art. 12, além das exceções legais declinadas nos incisos do art. 10, sendo vedado à operadora, para justificar eventual negativa de cobertura, alegar outras hipóteses de exclusão inseridas no contrato ou em normas regulamentares, mas que sejam ofensivas à lei.

5. Não cabe a ANS estabelecer outras hipóteses de exceção da cobertura obrigatória pelo plano-referência, além daquelas expressamente previstas nos incisos do art. 10 da Lei 9.656/1998, assim como não lhe cabe reduzir a amplitude da cobertura, excluindo procedimentos ou eventos necessários ao pleno tratamento das doenças listadas na CID,

ressalvadas, nos termos da lei, as limitações impostas pela segmentação contratada.

6. Seja sob o prisma do CDC, ou mesmo do CC/2002, não há como exigir do consumidor/aderente, no momento em que decide celebrar o contrato de plano de saúde, o conhecimento acerca de todos os eventos e procedimentos que estão - e dos que não estão - incluídos para cobertura obrigatória pela operadora do plano de saúde, inclusive porque o rol elaborado pela ANS apresenta linguagem técnico-científica, absolutamente ininteligível para o leigo.

Igualmente, não se pode admitir que mero regulamento estipule, em desfavor do consumidor, a renúncia antecipada do seu direito a eventual tratamento prescrito para doença listada na CID, por se tratar de direito que resulta da natureza do contrato de assistência à saúde.

7. Considerar a natureza taxativa do rol da ANS é demandar do consumidor/aderente um conhecimento técnico que ele, por sua condição de vulnerabilidade, não possui nem pode ser obrigado a possuir; é criar impedimento inaceitável de acesso do usuário às diversas modalidades de tratamento das enfermidades cobertas pelo plano de saúde e às novas tecnologias que venham a surgir; é, pois, conclusão que agrava a condição de vulnerabilidade do consumidor/aderente porque lhe impõe o ônus de suportar as consequências de sua escolha desinformada ou mal informada, dentre as quais, eventualmente, pode estar a de assumir o risco à sua saúde ou à própria vida.

8. Quando se trata de saúde suplementar, há, no art. 10, VI, da Lei 9.656/1998, uma limitação legal da cobertura obrigatória oferecida que autoriza a operadora a negar o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, desde que prévia e devidamente informado o consumidor/aderente acerca dessa restrição, nos termos do CDC e do CC/2002.

9. O medicamento para tratamento domiciliar, a que alude o art. 10, VI, da Lei 9.656/1998, é aquele prescrito para ser adquirido por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público para administração em ambiente externo à unidade de saúde, que não exige a intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado - é autoadministrado pelo paciente - e 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. É, pois, o medicamento que pode ser adquirido diretamente pelo paciente para ser autoadministrado por ele em seu ambiente domiciliar.

10. Hipótese em que se verifica que o medicamento prescrito pelo médico assistente é de uso intravenoso; logo, não pode ser autoadministrado pelo paciente em seu ambiente domiciliar, pois, segundo determinação da Anvisa e do Conselho Federal de Enfermagem, exige administração assistida por profissional de saúde habilitado, razão pela qual é medicamento de cobertura obrigatória pela operadora do plano de saúde.

11. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários.

(REsp n. 1.927.566/RS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 24/8/2021, DJe de 30/8/2021.)

No caso concreto, contudo, a análise da alegada abusividade da cláusula contratual e da imprescindibilidade do fármaco exigiria o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que encontra óbice na Súmula 7/STJ, que veda a rediscussão de matéria de fato em sede de recurso especial.

Assim, ausente demonstração de violação direta dos dispositivos legais invocados e diante da barreira sumular, impõe-se a manutenção do acórdão recorrido.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC, majoro os honorários fixados em desfavor da parte recorrente para 12% sobre o valor atualizado da causa.

IV - Dispositivo

Ante o exposto, não conheço do recurso especial.

É como penso. É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**REsp 2.215.297 / AL
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0190048-7

Número de Origem:
07006971420218020001 7006971420218020001

Sessão Virtual de 18/11/2025 a 24/11/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. MARIA IRANEIDE OLINDA SANTORO FACCHINI

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED MACEIÓ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : GUSTAVO UCHÔA CASTRO - AL005773

LINALDO FREITAS DE LIMA - AL005541

NATHALIA DE CARVALHO BRILHANTE DA NOBREGA - AL011133

LUCAS GONZAGA DE OLIVEIRA - AL012923

THAYNÁ CABRAL GUIMARÃES BARROS - AL022040B

RECORRIDO : ROSEMARY VALOIS LOBO

ADVOGADO : JUAREZ MIGUEL SILVA SANTOS - AL001305

ASSUNTO : DIREITO CIVIL - RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZAÇÃO POR DANO
MORAL - SERVIÇOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 18/11/2025 a 24/11/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro, Daniela Teixeira e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 24 de novembro de 2025