



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2223052 - SP (2025/0256338-4)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADO : LUIZ FELIPE CONDE - SP310799
RECORRIDO : ALEXANDRE BARBOSA FELIX
ADVOGADO : LUCIANA DE PAULA SOARES - SP245741

EMENTA

CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO ACOMETIDO POR DOENÇA GRAVE. DOENÇA DE POMPE. MEDICAMENTO. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento dos EREsp 1.925.051/SP, de relatoria do Ministro João Otávio de Noronha, julgado em 18/4/2024, decidiu que, "comprovado o preenchimento dos critérios para flexibilização do rol da ANS definidos na nova lei, cabe ao plano de saúde fornecer tratamento não previsto no rol da ANS". Incidência da Súmula 83 do STJ.

2. Recurso especial desprovido.

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 02/09/2025 a 08/09/2025, por unanimidade, negar provimento ao recurso, 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.

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, 08 de setembro de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2223052 - SP (2025/0256338-4)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADO : LUIZ FELIPE CONDE - SP310799
RECORRIDO : ALEXANDRE BARBOSA FELIX
ADVOGADO : LUCIANA DE PAULA SOARES - SP245741

EMENTA

CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO ACOMETIDO POR DOENÇA GRAVE. DOENÇA DE POMPE. MEDICAMENTO. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento dos EREsp 1.925.051/SP, de relatoria do Ministro João Otávio de Noronha, julgado em 18/4/2024, decidiu que, "*comprovado o preenchimento dos critérios para flexibilização do rol da ANS definidos na nova lei, cabe ao plano de saúde fornecer tratamento não previsto no rol da ANS*". Incidência da Súmula 83 do STJ.

2. Recurso especial desprovido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, fundamentado no art. 105, III, "a", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo eg. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado:

"Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos materiais e morais. Sentença de parcial procedência. Irresignação da ré. Negativa de cobertura de tratamento de 'Doença de Pompe' com o medicamento 'Nexviazyme 100mg'. Inadmissibilidade. Prevalência da prescrição médica, que não se revela imprecisa ou teratológica. Inteligência do Tema Repetitivo 990 do STJ e das atuais disposições da Lei nº 9.656/98. Medicamento que possui registro válido junto à ANVISA e é de cobertura obrigatória. Sentença mantida. Recurso desprovido." (fl. 245)

Os embargos de declaração de fl. 283 foram rejeitados.

Em suas razões recursais, a parte alega violação aos arts. 1.022 do CPC, 10, V e § 4º, da Lei 9.656/98, 421, parágrafo único., e 421-A do Código Civil, e 373 do CPC, sustentando, em síntese, que:

(a) O acórdão teria violado o artigo 1.022 do CPC ao não apreciar questões decisivas para o deslinde do feito, como a ausência de cobertura contratual e legal para o custeio do medicamento exigido, além de não considerar o ônus da parte recorrida de provar a necessidade do uso do medicamento fora do rol da ANS;

(b) A determinação de custeio do medicamento não previsto no rol da ANS teria violado os artigos 10, V e § 4º, da Lei 9.656/98, e 421, parágrafo único, e 421-A do Código Civil, desconsiderando o caráter taxativo do rol e o princípio da liberdade contratual, que permitiria a exclusão de cobertura não obrigatória;

(c) O acórdão teria violado o art. 373 do CPC e a Lei 14.454/2022 ao não exigir que a parte recorrida comprovasse a eficácia do tratamento e a recomendação do CONITEC, invertendo indevidamente o ônus da prova, que deveria incumbir ao autor quanto ao fato constitutivo de seu direito.

Foram apresentadas contrarrazões (fl. 309).

É o relatório.

VOTO

O recurso não merece prosperar.

De início, não se vislumbra no caso em epígrafe violação aos arts. 1.022, II, do Código de Processo Civil, tendo em vista que o Tribunal de origem, com base nos elementos acostados aos autos, adotou fundamentação suficiente, decidindo integralmente a controvérsia.

Nesse sentido, é firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há omissão quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese, soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte (AgInt nos EDcl no AREsp 1.094.857/SC, Terceira Turma, DJe de 02/02/2018; e AgInt no AREsp 1.089.677/AM, Quarta Turma, DJe de 16/02/2018).

Além disso, inexistente omissão na decisão judicial quando o órgão julgador se pronuncia de forma clara e suficiente acerca das questões suscitadas nos autos, não havendo necessidade de se construir textos longos e individualizados para rebater uma a uma cada argumentação, quando é possível aferir, sem esforço, que a fundamentação não é genérica (AgInt no AREsp 1.089.677/AM, Quarta Turma, DJe de 16/2/2018; e AgInt no REsp 1.683.290/RO, Terceira Turma, DJe de 23/2/2018).

No caso, o col. Tribunal de origem, tendo como base o acervo fático-probatório dos autos, consignou que o autor é portador de “Doença de Pompe”, patologia caracterizada por “(...) quadro de fraqueza muscular de predomínio proximal de caráter progressivo”, apresentando o requerente “(...) dificuldade para subir escadas, dificuldade para levantar do chão e da cadeira (...) dificuldade para pegar objetos pesados, dificuldade para trocar o vestuário e realizar higiene pessoal” (fl. 52). Para o tratamento da doença, o médico responsável pelo acompanhamento do autor lhe prescreveu o fármaco “Nexviazyme 100mg” (fl. 51), senão vejamos (fls. 246-249):

“O autor é beneficiário de plano da saúde da ré (fl. 36) e portador de ‘Doença de Pompe’, patologia caracterizada por ‘(...) quadro de fraqueza muscular de predomínio proximal de caráter progressivo’, apresentando o requerente ‘(...) dificuldade para subir escadas, dificuldade para levantar do chão e da cadeira (...) dificuldade para pegar objetos pesados, dificuldade para trocar o vestuário e realizar higiene pessoal’ (fl. 52).

Diante do referido quadro, o médico responsável pelo acompanhamento do autor lhe prescreveu o fármaco ‘Nexviazyme 100mg’ (fl. 51), cuja cobertura foi negada pela ré sob o argumento de ausência de previsão no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS (fl. 62).

Sem razão, contudo.

Em primeiro lugar, a recomendação para realização do tratamento é de ordem médica e é o profissional que atende o autor quem detém o conhecimento de suas necessidades. É da responsabilidade dele a orientação terapêutica, não cabendo ao plano de saúde negar a cobertura, sob pena de pôr em risco a saúde do paciente.

A negativa fundada em normas administrativas da ANS não subsiste, sendo pertinente, nesta quadra, a lição do eminente Desembargador Francisco Eduardo Loureiro: ‘É rigorosamente irrelevante que a ANS não tenha ainda catalogado o medicamento ou o tratamento ministrado ao paciente pelo médico que o assiste. Entre a aceitação da comunidade científica e os demorados trâmites administrativos de classificação, não pode o paciente permanecer a descoberto, colocando em risco bens existenciais. Evidente que não pode um catálogo de natureza administrativa contemplar todos os avanços da ciência, muito menos esgotar todas as moléstias e seus meio curativos usados pela comunidade médica com base científica’ (‘Planos e Seguros de Saúde in Responsabilidade Civil na Área da Saúde’, Coord. Regina Beatriz Tavares da Silva, Ed. Saraiva, Série G Vlaw, 2007, p. 308).

Além disso, a jurisprudência do Eg. Superior Tribunal de Justiça tem se posicionado no sentido de que sob determinadas condições pode o plano de saúde definir quais doenças serão cobertas, porém não a forma de diagnóstico ou tratamento, prevalecendo, quanto a estes, e excluídos os casos teratológicos, a prescrição médica.

É o que se decidiu, por exemplo, ressalvadas as particularidades do caso, no julgamento do REsp nº 668.216, relator o Ministro Carlos Alberto Menezes Direito (j. 15/03/2007): ‘O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta’.

Por outro lado, a posição vencedora no julgamento dos ERESP nºs. 1.886.929-SP e 1.889.704-SP aponta que a taxatividade do rol da ANS não pode ser absoluta, de sorte que, em situações excepcionais, o Poder Judiciário pode impor o custeio de tratamentos quando comprovada a deficiência estrutural e sistêmica da lista preparada pela autarquia responsável pela saúde complementar no Brasil.

Nessa quadra, a recente Lei nº 14.454/2022 introduziu o § 13 no artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, de acordo com o qual é possível a cobertura de procedimentos em princípio não previstos no rol da ANS desde que haja prescrição médica, que exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico (inciso I) ou que 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 (inciso II).

*A ré não comprovou a falta desses requisitos, não tendo, ademais, **sequer indicado algum outro tratamento ou fármaco previsto no rol da ANS que poderia substituir aquele descrito na inicial com a mesma efetividade e segurança.***

Não fosse o bastante, o medicamento prescrito ao autor conta com registro válido junto à ANVISA, sendo isso o suficiente para que o fornecimento seja considerado obrigatório, conforme tese vinculante aprovada pelo Eg. Superior Tribunal de Justiça: (...)”

No mérito, da mesma forma, não se vislumbra no caso em epígrafe violação aos artigos 10, V e § 4º, da Lei 9.656/98, e 421, parágrafo único, e 421-A, ambos do Código Civil, ao determinar o custeio de medicamento não previsto no rol da ANS.

Conforme apontado pelo trecho do acórdão acima transcrito, não se desconhece 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 EREsps 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 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. Confira-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.

Dessa forma, incide, *in casu*, o óbice processual sedimentado na Súmula 83 do Superior Tribunal de Justiça.

Por fim, também não deve prevalecer a alegação de violação ao art. 373 do CPC e aos requisitos da Lei 14.454/2022, pois é possível extrair dos autos e do acórdão que houve a comprovação por parte da recorrida, através de laudo do médico que a acompanha (fls. 51-60), da necessidade do medicamento para o tratamento da doença que assola a recorrida.

Assim, no ponto, é forçoso concluir que a alteração das conclusões adotadas pela Corte de origem exigiria novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, a teor do óbice previsto na Súmula 7 do Superior Tribunal de Justiça.

Se não fosse o bastante, do excerto acima transcrito, infere-se que o Tribunal *a quo* concluiu que o recorrente nem sequer indicou outro tratamento ou fármaco previsto no rol da ANS que poderia substituir aquele descrito na inicial com a mesma efetividade e segurança. O recorrente, por sua vez, não impugnou tais fundamentos. Assim, é de rigor a incidência da Súmula 283/STF, segundo a qual "*é inadmissível o recurso extraordinário, quando a decisão recorrida assenta em mais de um fundamento suficiente e o recurso não abrange todos eles*".

Ante o exposto, nego provimento ao recurso especial.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**REsp 2.223.052 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0256338-4

Número de Origem:
10059502720248260003

Sessão Virtual de 02/09/2025 a 08/09/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

ADVOGADO : LUIZ FELIPE CONDE - SP310799

RECORRIDO : ALEXANDRE BARBOSA FELIX

ADVOGADO : LUCIANA DE PAULA SOARES - SP245741

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 02/09/2025 a 08/09/2025, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, 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, 08 de setembro de 2025