



Planos de saúde: fornecimento de medicamentos

• Edição nº 6

Organizador:

Desa. Evangelina Castilho Duarte

Publicação:

6/12/2021



DECIDIR – Pesquisa Temática (Doutrina, Legislação e Jurisprudência)

Planos de saúde: Fornecimento de medicamentos

Organizador: Desembargadora Evangelina Castilho Duarte
Apoio: Gerência de Jurisprudência e Publicações Técnicas (GEJUR)

Edição nº 6 | Dezembro, 2021

SUMÁRIO

Apresentação	3
Legislação	10
Jurisprudência	11
Doutrina	24

Apresentação

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, nos termos do art. 196 da Constituição da República, sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização, controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, nos termos do art. 197 da Constituição.

Integra a saúde, ainda, o rol de direitos humanos contido na Carta das Nações Unidas.

O art. 6º da Constituição estabelece que o direito à saúde é, ainda, direito social.

Deve-se priorizar a cobertura universal, em detrimento de coberturas individuais e especiais, observando-se a racionalidade dos preços.

A discussão pode ser dividida em duas naturezas: o direito à saúde pública, e o direito à saúde e as operadoras de planos de saúde.

A escolha do tema, fornecimento de medicamentos pelas operadoras de planos de saúde visa discutir apenas o direito da segunda natureza, situado no ramo do direito privado, em especial pela preocupação com a viabilidade das operadoras, em decorrência do aumento das suas despesas, com o deferimento de medicamentos. E, também, em atenção ao direito dos usuários, que aderem a contratos, que podem conter restrições, muitas vezes desconhecidas ou incompreensíveis.

Para efeito dessa exposição, foi feita análise de jurisprudência do Tribunal de Justiça, tanto na área de direito privado como na área de direito público, nos Tribunais Superiores, na legislação e na doutrina.

Sobre o fornecimento de medicamentos, o Tribunal de Justiça vem decidindo que não ofende a independência dos Poderes a decisão judicial que determina o fornecimento de medicamentos, mesmo se não padronizados, mas desde que prescrito por médico como o adequado para a moléstia do paciente.

A propósito da relação entre as operadoras de planos de saúde e seus usuários, cumpre ressaltar que se trata de relação individual e particular, sem perder de vista que o direito à saúde é direito individual e fundamental garantido pela Constituição da República.

A judicialização, nesse passo, decorre do descumprimento pelas operadoras de planos de saúde dos direitos assegurados aos usuários, mas também de dúvidas oriundas de contratos que contem cláusulas dúbias ou de difícil compreensão, e, ainda, da conscientização do cidadão de que pode buscar o Poder Judiciário para ter assegurados seus direitos e garantias individuais constitucionais.

A pessoa física ou jurídica de direito privado que, nos termos da Lei 9.656/98, se dispõe a participar do sistema de saúde nacional, prestando atendimento médico, ambulatorial, hospitalar e odontológico a clientes, por meio dos denominados planos de saúde, está inserida no âmbito das políticas sociais e econômicas previstas na Constituição da República e assume parte da responsabilidade pelo cumprimento daquelas metas oficiais.

É o que dispõe a Lei 9.656/98:

Art. 35 - A assistência a que alude o art. 1º desta lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta lei e do contrato firmado entre as partes.

Porém, no âmbito da relação existente entre a pessoa física ou jurídica de direito privado e seus associados, há relação de direito privado e de consumo, sendo inquestionável, nos termos da jurisprudência dominante nos tribunais, que são aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor para dirimir conflitos entre eles.

Ora, a pessoa jurídica que administra planos de saúde presta serviços e o faz em caráter habitual, que resulta na sua caracterização como fornecedor, conforme o CDC. E, no caso daquelas operadoras que não se organizam como cooperativas, mas como empresas, há, ainda, a circunstância de que buscam lucro com sua atividade, o que configura a prestação de serviços, abrangida pela Lei 8.078/90.

Prestigiam-se os princípios da boa-fé objetiva e da eticidade, que devem reger os contratos, conforme orientação do Código Civil de 2003 e do Código de Defesa do Consumidor.

A boa-fé objetiva assenta-se na premissa de que os contratos devem ser claros, redigidos de forma compreensível pelo leigo, sem cláusulas contraditórias e sem estipulação de obrigações iníquas para uma das partes.

O princípio da eticidade funda-se na premissa de que os contratantes se devem respeito mútuo, e, uma vez estipulados direitos e obrigações, estes devem ser cumpridos, sem polêmicas.

Aplicam-se, pois, a Lei 9.656/98 e o Código de Defesa do Consumidor, ocorrendo o que Cláudia Lima Marques chama de diálogo das fontes, e que podemos tratar como interlocução das normas.

Havendo, assim, relação de consumo, quando ocorrem conflitos, aplica-se a Lei 8.078/90, decidindo-se em favor do consumidor, que é a parte hipossuficiente da relação, a quem deve ser dada a proteção prevista no art. 196 da Constituição da República.

A Súmula 469 do STJ estabelece que a relação entre a operadora de plano de saúde e o usuário é de consumo, aplicando-se o Código de Defesa do Consumidor para dirimir pendências entre os contratantes.

Convém ressaltar que, especialmente nos planos de saúde coletivos ou corporativos, o associado não tem sequer acesso às suas regras no momento da adesão, pois as cláusulas são ajustadas entre o administrador do plano de saúde e o estipulante. Nos contratos privados, firmados entre o administrador do plano de saúde e o aderente, nem sempre são esclarecidas as regras que irão vincular as partes, não tendo o associado ciência prévia das restrições e obrigações que lhe são impostas.

Assim, quando há discussão, em juízo, a respeito dos direitos e obrigações previstos em contratos de plano de saúde, aplica-se o disposto no art. 51, CDC, para aferição da existência, ou não, de cláusula abusiva no contrato de prestação de serviços, ou na conduta da prestadora desses serviços.

Art. 51 - São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que restringem direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio do contrato.

O ponto a ser tratado, portanto, a respeito de abusos que são imputados às prestadoras de serviços, é o de exclusão de coberturas.

É possível a previsão de exclusão de coberturas de atendimentos e procedimentos, se inserida no contrato celebrado.

É o que dispõe o art. 10 da Lei 9.656/98:

É instituído 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.

- tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- inseminação artificial;
- tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

A própria lei especifica os casos de exclusão de coberturas, sendo relevante frisar que as hipóteses mais frequentes de negativa de cobertura são de implante de próteses e órteses em cirurgias coronarianas e ortopédicas, e de fornecimento de medicamentos.

Para que a cláusula de exclusão tenha validade, é indispensável que o associado tenha ciência inequívoca dessa restrição ao seu atendimento, que a cláusula seja escrita de forma compreensível, em letras destacadas.

A ciência do conteúdo da restrição de cobertura deve ser dada de preferência em separado, para que seja inquestionável e assegure o direito à recusa de atendimento pelo prestador de serviço.

O não fornecimento de medicamentos que os planos de saúde consideram não aprovados pela ANS também pode constituir conduta abusiva, porquanto, ainda que sejam remédios experimentais ou ainda não adotados no mercado brasileiro, podem ser os adequados para o paciente e, se houver recomendação médica, devem ser fornecidos.

O médico é senhor da razão no tratamento administrado.

O rol de procedimentos e medicamentos da ANS é apenas exemplificativo, não tendo caráter absoluto, conforme entendimento da Terceira Turma do STJ.

E, embora o mesmo STJ já tenha decidido que não há abusividade na negativa de fornecimento de medicamento não registrado pela Anvisa, em casos específicos, é possível essa exigência, reputando-se abusiva a negativa, se o médico responsável o prescreve para o tratamento de doença coberta pelo plano.

Em análise à jurisprudência, constatou-se que a unanimidade das Câmaras Cíveis de Direito privado deferem o fornecimento de medicamento pelos planos de saúde, quando há indicação do médico que assiste o paciente, ainda que não sejam medicamentos incorporados pelo SUS.

O fornecimento de medicamento para tratamento em domicílio é questão polêmica, se não estiver atrelado a tratamento iniciado em hospital, com risco de entrega indiscriminada ao usuário de qualquer fármaco que lhe for receitado.

O seguinte texto consta de julgamento proferido pela primeira Câmara de Direito Público deste Tribunal:

Mais especificamente sobre os medicamentos não disponibilizados administrativamente pelo SUS, porquanto não elencados nas listas normativas, acordou-se ser necessário, nesses casos especiais, comprovar a) apresentação de laudo médico circunstanciado que demonstre a imprescindibilidade ou necessidade do medicamento; b) a incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; c) a existência do registro na Anvisa. Assim, o fornecimento desses medicamentos seria autorizado apenas se cumpridos os referidos requisitos, cumulativamente.

No caso de fornecimento, porém, por plano de saúde, devem-se observar, ainda, os princípios do direito do consumidor.

O fornecimento de medicamentos experimentais, ou off label, pode ser determinado desde que se comprove que o paciente já tentou outros tratamentos, sem sucesso, e aquele fármaco pode lhe causar benefícios à saúde.

A partir dessa constatação, foram examinados diversos contratos firmados em forma corporativa ou individual, dos quais se vê que a exclusão de fornecimento de medicamento para uso domiciliar é a regra, sem que seja dada ciência destacada ao usuário, sem que a cláusula tenha destaque.

E mais, esses contratos foram juntados aos autos pela operadora do plano de saúde, tornando discutível se o usuário tinha ciência de suas cláusulas.

Em caso de planos corporativos, as operadoras transferem ao estipulante a obrigação de dar ciência aos aderentes sobre seus termos, tentando evitar sua responsabilidade, que é de levar ao conhecimento do usuário as regras contratadas, em especial, as limitações ao uso.

Essa transferência de responsabilidade afronta o Código de Defesa do Consumidor, a boa-fé objetiva e o princípio da eticidade, sendo a operadora integrante da cadeia de fornecimento dos serviços de saúde, não podendo se eximir das suas obrigações.

Constatou-se, ainda, no exame da jurisprudência, que não tem havido discussão sobre o aumento dos custos da operadora, voltando-se o debate apenas para o direito à saúde, com base nas disposições do Código de Defesa do Consumidor.

A preocupação das operadoras de planos de saúde com seus custos não deve ser limitada à estrita visão financeira, mas deve se sustentar na tentativa de eficiência na prestação dos serviços em busca de prevenção de desperdício.

A abordagem sobre as relações entre as operadoras de planos de saúde e seus clientes deve ter em vista muito mais a prevenção de doenças, para preservação da saúde, do que a sua recuperação, com atendimento apenas curativo, como meio de eficiência na prestação do serviço e na gestão dos planos.

É indispensável a constatação de que a população brasileira passa por envelhecimento, sem que lhe tenha sido garantida a prevenção da saúde, senão a partir de determinado momento histórico, e com vacinação massiva, porém, sem apoio em nutrição, qualidade de vida e em abordagem da preservação da funcionalidade orgânica.

A jurisprudência das câmaras de direito público do Tribunal de Justiça encaminha-se, também, para o fornecimento de medicamentos, ainda que para uso domiciliar, observando-se, contudo, que a judicialização, nesse caso, é voltada contra o Estado, que tem obrigação ampla e universal.

A Resolução nº 424, de 26 de junho de 2017, da ANS, estipula que as operadoras de plano de saúde podem instaurar junta médica para confrontar a prescrição do médico que assiste o usuário, em caso de pedido de tratamento ou fornecimento de medicamento, sendo medida que, até o momento, não se apurou em qualquer processo consultado.

Conclui-se, assim, que as operadoras de plano de saúde, para fazerem valer seu direito à exclusão de cobertura, devem se desincumbir da obrigação de dar inequívoco conhecimento das exclusões de cobertura aos usuários, ainda que sejam aderentes de planos corporativos ou coletivos, e podem ser valer do previsto na Resolução 424, de 26 de junho de 2017, para discussão fundamentada sobre a pertinência das prescrições.



Desembargadora Evangelina Castilho Duarte

14ª Câmara Cível

Currículo sintetizado da organizadora

- Bacharelado em Direito - Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais - 1969/1973
- Curso de Extensão em Administração de Empresas - University of Columbia de Nova York e Fundação João Pinheiro - Belo Horizonte - 1975
- Curso de Extensão em Direito de Empresa - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - 1978
- Curso de Atualização em Direito Ambiental – Escola Judicial Edésio Fernandes – 2003.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

CARGOS OCUPADOS NA MAGISTRATURA

- Juíza de Direito da Comarca de Areado - 1ª entrância - 1985/1988
- Juíza substituta na Comarca de Alfenas - 3ª entrância - no período de junho a agosto de 1985
- Juíza de Direito da 2ª Vara da Comarca de Carangola - dezembro de 1988 a setembro de 1989
- Juíza de Direito da 2ª Vara de São Sebastião do Paraíso – 1989 a 1994
- Juíza de Direito de Belo Horizonte, em exercício como substituta na 3ª Vara Cível, 7ª Vara de Fazenda Estadual, 1ª Vara Cível, 1ª e 2ª Varas de Sucessões e 8ª Vara Criminal - 1994/1995
- Juíza de Direito de Belo Horizonte, em exercício como cooperadora da 3ª Vara de Família - 1995
- Juíza de Direito da 18ª Vara Cível de Belo Horizonte - junho de 1995 a 1999
- Juíza Corregedora - novembro de 1999 a abril de 2002
- Membro da CEJA – Comissão Estadual Judiciária de Adoção – 1999 a 2002
- Integrante da 1ª Turma Recursal do Juizado Especial Cível de Belo Horizonte até novembro de 1999
- Juíza de Direito da 28ª Vara Cível de Belo Horizonte – abril de 2002 a novembro de 2003
- Integrante da 3ª Turma Recursal do Juizado Especial Cível de Belo Horizonte – abril de 2002 a novembro de 2003.
- Juíza do Tribunal de Alçada de Minas Gerais – promoção por merecimento – 2ª Câmara Cível - 18 de novembro de 2003 a 18 de março de 2005

Legislação

BRASIL. *Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm Acesso em 17 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021*. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 [...]. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, [2021]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDaZMw==> . Acesso em 17 nov. 2021.

Jurisprudência

Supremo Tribunal Federal - STF

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Ag Reg no RE 1.321.137/RS*. Agravo regimental em recurso extraordinário. Fornecimento de medicamento. Negativa do plano de saúde privado. Responsabilidade solidária dos entes federados. Reafirmação da jurisprudência sob a sistemática da repercussão geral. Re 855.178-Rg. Tema 793. Legitimidade passiva dos entes federados. Reconhecimento. Inaplicabilidade, na hipótese, do tema 6 da repercussão geral. 1. O acórdão recorrido não está alinhado à jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, reafirmada no julgamento do Re 855.178-Rg, Rel. Min. Luiz Fux (Tema 793), em que se reconheceu a existência de repercussão geral da controvérsia constitucional referente à responsabilidade solidária dos entes federados em matéria de saúde e reafirmou a jurisprudência pertinente ao tema. 2. O fato de o autor possuir plano de saúde privado não exime o Poder Público de garantir a qualquer pessoa que dele necessitar o tratamento médico adequado, a fim de preservar-lhe a vida, a teor do que dispõe o art. 196 da Constituição Federal. 3. A interpretação não restritiva promovida pelo Supremo Tribunal no que tange ao direito à saúde, em termos de responsabilidade do Estado recai, naturalmente, com maior rigor em relação a pessoas Supremo Tribunal Federal Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001 de 24/08/2001. O documento pode ser acessado pelo endereço <http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/autenticarDocumento.asp> sob o código 0C0C-30EA-10A0-B94E e senha A03F-D342-7688-FBE7 Supremo Tribunal Federal Inteiro Teor do Acórdão - Página 1 de 22 Ementa e Acórdão RE 1321137 AgR/RS carentes, mas isso não exclui a responsabilidade dos entes federados para efetivar o direito universal à saúde, pois a jurisprudência desta Corte confere responsabilidade solidária a todos os entes da Federação para efetivar o direito fundamental à saúde, não restringindo o alcance do direito, tampouco implementando qualquer tipo de distinção entre os cidadãos, de modo que toda e qualquer pessoa é detentora do referido direito. 4. Além disso, no caso concreto, a situação em exame não se amolda ao Tema 6, tendo em vista que o não reconhecimento da obrigação do Estado do Rio Grande do Sul de prestar assistência à saúde deu-se, exclusivamente, pelo fato de o autor possuir plano de saúde privado. 5. Agravo regimental a que se nega provimento. Relator: Min. Edson Fachin, 27 de setembro de 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15348103999&ext=.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *HC 189065/DF* – Decisão Monocrática. Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento ao recurso extraordinário

interposto em face de acórdão que possui a seguinte ementa: "Apelações cíveis. Direito público não especificado. Ação de regresso. Paciente submetido a tratamento experimental. Responsabilidade do laboratório pelo fornecimento do medicamento Aldurazyme®. Resoluções do Conselho Nacional De Saúde. Dever contratual. Princípio da boa-fé. [...]. Relator: Min. Min. Ricardo Lewandowski, 20 de setembro de 2021. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/despacho1237665/false>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ARE 1324024 / CE – Decisão Monocrática. Recurso Extraordinário com Agravo. [...] Trata-se de recurso extraordinário com agravo contra decisão de inadmissão do recurso extraordinário. [...] O acórdão recorrido ficou assim ementado: "Direito civil. Apelação. Ação de obrigação de fazer com indenização por danos materiais e morais. Plano de saúde. Autogestão. Não incidência do código de defesa , do consumidor. Medicamento coadjuvante no tratamento do câncer, revlimid 25mg. Prescrição do médico assistente. Doença com cobertura contratual. Fármaco, devido. Dano moral, não configurado. Recurso conhecido e parcialmente provido. Sentença reformada, em parte. [...]. Relator: Min. Luiz Fux, 15 de junho de 2021. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/despacho1210692/false>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. AgRg no RE com Ag 1260235/RS. Agravo regimental no recurso extraordinário com agravo. Agravo regimental em recurso extraordinário com agravo. Interposição em 17.06.2020. Tratamento médico. Existência de plano de saúde privado. Responsabilidade solidária dos entes federados. Reafirmação da jurisprudência sob a sistemática da repercussão geral. RE 855.178-RG. Tema 793. Legitimidade passiva dos entes federados. Reconhecimento. Inaplicabilidade, na hipótese, do tema 345 da repercussão geral. 1. O acórdão recorrido não está alinhado à jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, reafirmada no julgamento do RE 855.178-RG, Rel. Min. Luiz Fux (Tema 793), em que se reconheceu a existência de repercussão geral da controvérsia constitucional referente à responsabilidade solidária dos entes federados em matéria de saúde e reafirmou a jurisprudência pertinente ao tema. 2. O fato de a autora possuir plano de saúde privado não exime o Poder Público de garantir a qualquer pessoa que dele necessitar o tratamento médico adequado, a fim de preservar-lhe a vida, a teor do que dispõe o art. 196 da Constituição Federal. 3. A interpretação não restritiva promovida pelo Supremo Tribunal Federal Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001 de 24/08/2001. O documento pode ser acessado pelo endereço <http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/autenticarDocumento.asp> sob o código F7C8-A1A9-B802-43AA e senha 4F57-904F-08BA-2122 Supremo Tribunal Federal Inteiro Teor do Acórdão - Página 1 de 19 Ementa e Acórdão ARE 1260235 A GR/RS no que tange ao direito à saúde, em termos de

responsabilidade do Estado recai, naturalmente, com maior rigor em relação a pessoas carentes, mas isso não exclui a responsabilidade dos entes federados para efetivar o direito universal à saúde, pois a jurisprudência desta Corte confere responsabilidade solidária a todos os entes da Federação para efetivar o direito fundamental à saúde, não restringindo o alcance do direito, tampouco implementando qualquer tipo de distinção entre os cidadãos, de modo que toda e qualquer pessoa é detentora do referido direito. 4. Além disso, no caso concreto, a instância de origem não discutiu a condição ou não de hipossuficiência da autora, apenas foi decidida a lide considerando a contratação por ela de plano de saúde privado. Tanto é assim que lhe foi deferido o benefício da justiça gratuita. 5. No caso, a situação em exame não se amolda ao Tema 345 da sistemática da repercussão geral, pois a questão de mérito sequer foi enfrentada, tendo em vista que o feito foi extinto sem julgamento de mérito, ante o reconhecimento da ilegitimidade de parte do ente público e a demanda não foi proposta contra a operadora de plano de saúde. Não há, portanto, que se falar em ressarcimento de despesas custeadas pelo SUS. 6. Agravo regimental a que se nega provimento. Majorados os honorários advocatícios em ¼ (um quarto), nos termos do art. 85, § 11, do CPC, devendo ser observados os §§ 2º e 3º do mesmo dispositivo. Relator: Min. Edson Fachin, 30 de novembro de 2020. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754637564>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *RE 1138298 AgR/SP*. Agravo regimental no recurso extraordinário. Fornecimento de medicamento por plano de saúde. Impossibilidade de análise da legislação infraconstitucional e de reexame de provas e de cláusulas contratuais. Súmulas ns. 279 e 454 do Supremo Tribunal Federal. Ausência de ofensa constitucional direta. Verba honorária majorada em 1%, percentual que se soma ao fixado na origem, obedecidos os limites dos §§ 2º, 3º e 11 do art. 85 do Código de Processo Civil, ressalvada eventual concessão do benefício da justiça gratuita, e multa aplicada no percentual de 1%, conforme o § 4º do art. 1.021 do Código de Processo Civil. Agravo regimental ao qual se nega provimento. Relatora: Min. Cármen Lúcia, 01 de março de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15345234832&ext=.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *RE 1138298/SP* – Decisão Monocrática. Denir Rodrigues Pitão interpõe recurso extraordinário, com fundamento na alínea “a” do permissivo constitucional, contra acórdão da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, assim ementado: “Recurso especial. Ação de obrigação de fazer. Embargos de declaração. Omissão, contradição ou obscuridade. Não ocorrência. Plano de saúde. Recusa à cobertura de tratamento. Medicamento importado sem registro na ANVISA. Fornecimento. Impossibilidade. [...]”. Relator: Min. Min. Dias Toffoli, 28 de agosto de 2018. Disponível em:

<https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/despacho912021/false>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ARE 984207/RJ – Decisão Monocrática. Recurso Extraordinário com Agravo. Recurso extraordinário – matéria fática – inviabilidade – desprovemento do agravo. 1. O Colegiado de origem confirmou o entendimento do Juízo quanto à obrigação da operadora de plano de saúde em fornecer medicamento necessário ao tratamento médico da autora. No extraordinário cujo trânsito busca alcançar, a recorrente alega a violação do artigo 5º, incisos II e XXXVI, da Constituição Federal. Discorre sobre a impossibilidade do cumprimento da obrigação de importar o remédio, apesar de já registrado pela ANVISA. 2. A recorrente foi condenada a proceder ao fornecimento do fármaco necessário ao tratamento do recorrido, registrando que eventuais dificuldades administrativas não se sobrepõem ao dever de cumprir as obrigações contratuais pertinentes ao plano de saúde. Somente pelo exame da legislação de regência e do quadro fático seria dado concluir de forma diversa, o que é vedado em sede extraordinária. 3. Conheço do agravo e o desprovejo. 4. Publiquem. Relator: Min. Marco Aurélio, 29 de novembro de 2016. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/despacho698034/false>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ARE 882807/SP – Decisão Monocrática. Recurso extraordinário com agravo. Plano de saúde. Impossibilidade de reexame do conjunto fático-probatório e de cláusulas contratuais: súmulas ns. 279 e 454 do Supremo Tribunal Federal. Agravo ao qual se nega seguimento. Relatório 1. Agravo nos autos principais contra inadmissão de recurso extraordinário interposto com base no art. 102, inc. III, al. a, da Constituição da República contra o seguinte julgado do Tribunal de Justiça de São Paulo: “PLANO DE SAÚDE. Autora portadora de Carcinoma de Mama. Prescrição médica para tratamento complementar com medicamento denominado FEMARA para uso em domicílio. Negativa da seguradora ao argumento de tratar-se de medicamento de uso oral e domiciliar. Inadmissibilidade. Pretensão à cobertura somente em caso de internação. Abusividade. Relatório médico específico e esclarecedor a justificar a adoção daquela medicação específica. Descabe a escolha pela operadora do tipo de medicamento a ser empregado no tratamento e na recuperação do paciente, mas apenas ao médico especialista que o assiste, pouco importando se em uso domiciliar, hospitalar ou ambulatorial. Negativa injustificada. Sentença de procedência mantida. Recurso improvido”. 2. A Agravante afirma ter o Tribunal de origem contrariado os arts. 5º, incs. II, XXXVI e LV, 196 e 199 da Constituição da República. Argumenta que “o ato jurídico perfeito encontra-se consubstanciado no fato de que o contrato de prestação de serviços médicos firmado entre a Unimed Ibitinga e a recorrida faz lei entre as partes. Assim, o contrato de prestação de serviços médico-hospitalares deve ser privilegiado, pois reflete a vontade das partes de criar

direitos e obrigações recíprocas". 3. O recurso extraordinário foi inadmitido ao fundamento de incidência da Súmula n. 279 do Supremo Tribunal Federal. [...] 8. Pelo exposto, nego seguimento a este agravo (art. 544, § 4º, inc. II, al. a, do Código de Processo Civil e art. 21, § 1º, do Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal). Publique-se. Relatora: Min. Cármen Lúcia, 27 de abril de 2015. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/despacho516054/false>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ARE 800825/SP – Decisão Monocrática. Recurso extraordinário com agravo. Civil. Plano de saúde. Negativa de cobertura. Fornecimento de medicamento importado. Necessidade do exame de cláusulas contratuais. Princípios da ampla defesa e do contraditório. Matéria com repercussão geral rejeitada pelo plenário do STF no ARE nº 748.371. Controvérsia de índole infraconstitucional. 1. O fornecimento de medicamentos pelo plano de saúde, quando sub judice a controvérsia, implica a interpretação de cláusulas contratuais, o que inviabiliza o recurso extraordinário, a teor do Enunciado da Súmula 454 do Supremo Tribunal Federal. Precedente: AI 796.095-AgR/RS, Rel. Min. Cármen Lúcia, Primeira Turma, DJe de 19/6/2012. 2. Os princípios da ampla defesa, do contraditório, do devido processo legal e dos limites da coisa julgada, quando debatidos sob a ótica infraconstitucional, não revelam repercussão geral apta a tornar o apelo extremo admissível, consoante decidido pelo Plenário Virtual do STF, na análise do ARE nº 748.371, da Relatoria do Min. Gilmar Mendes. 3. In casu, o acórdão recorrido assentou: "Plano de saúde – negativa de cobertura – preliminar de cerceamento de defesa afastada. Cláusula contratual que prevê exclusão de fornecimento de medicamento experimental – ilegalidade – estando previsto o tratamento de doença em contrato, não pode a ré limitar o uso de medicamentos, cabendo tal diagnóstico ao médico que acompanha o paciente – conflito entre risco de vida e interesse patrimonial do recorrido – ponderação dos dois valores – preponderância do direito à vida – sentença de procedência mantida. Preliminar rejeitada. Recurso improvido." 4. Agravo desprovido. Relator: Min. Luiz Fux, 29 de abril de 2014. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/despacho409474/false>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. AgRg no RE com Ag 685253. Agravo regimental no recurso extraordinário com agravo. Consumidor. Cobertura de medicamento por plano de saúde. 1. Análise de matéria infraconstitucional. Ofensa constitucional indireta. 2. Análise de cláusulas contratuais e reexame de fatos e provas. Súmulas n. 279 e 454 do Supremo Tribunal Federal. 3. Agravo regimental ao qual se nega provimento. Relatora: Min. Cármen Lúcia, 18 de setembro de 2012. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=102561004&ext=.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.

Superior Tribunal de Justiça – STJ

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Resp 1943628/DF* – Recurso especial. Ação de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais. Obrigação de a operadora de plano de saúde custear medicamento não registrado na Anvisa. Tema 990. Aplicac_apo da técnica da distinc_apo (distinguishing) entre a hipótese concreta dos autos com a questão decidida em sede de recurso repetitivo. Multa por embargos protelatórios. Manutenção. Julgamento: CPC/15. Ação de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais ajuizada em 12/09/2019, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 22/04/2021 e atribuído ao gabinete em 24/08/2021. Julgamento: CPC/15. O propósito recursal consiste em decidir sobre (i) a obrigação de a operadora de plano de saúde custear medicamento importado para o tratamento da doença que acomete o beneficiário, o qual, apesar de não registrado pela ANVISA, possui autorização para importação em caráter excepcional; e (ii) o cabimento da multa por embargos protelatórios. Segundo o entendimento consolidado pela 2ª Seção no julgamento do REsp 1.712.163/SP e do REsp 1.726.563/SP, sob a sistemática dos recursos repetitivos, "as operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela ANVISA" (Tema 990 - julgado em 01/09/2020, DJe de 09/09/2020). A autorização da ANVISA para a importação excepcional do medicamento para uso próprio sob prescrição médica, é medida que, embora não substitua o devido registro, evidencia a segurança sanitária do fármaco, porquanto pressupõe a análise da Agência Reguladora quanto à sua segurança e eficácia, além de excluir a tipicidade das condutas previstas no art. 10, IV, da Lei 6.437/77, bem como nos arts. 12 c/c 66 da Lei 6.360/76.5. Necessária a realização da distinção (distinguishing) entre o entendimento firmado no precedente vinculante e a hipótese concreta dos autos, na qual o medicamento (PURODIOL 200 MG CBD) prescrito ao beneficiário do plano de saúde, embora se trate de fármaco importado ainda não registrado pela ANVISA, teve a sua importação excepcionalmente autorizada pela referida Agência Nacional, sendo, pois, de cobertura obrigatória pela operadora de plano de saúde. É correta a aplicação da penalidade prevista no art. 1.026, § 2º, do CPC/2015 quando as questões tratadas foram devidamente fundamentadas na decisão embargada e ficou evidenciado o caráter manifestamente protelatório dos embargos de declaração. Recurso especial conhecido e desprovido. Relatora: Min. Nancy Andrighi, 26 de outubro de 2021. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?component>

[e=ITA&sequencial=2110565&num_registro=202101764502&data=20211103&peticao_numero=-1&formato=PDF](#). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *AgInt no Resp 1955560/RS* – Civil. Processual civil. Agravo interno recurso especial. Recurso manejado sob a égide do NCPC. Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde. Pedido de cobertura do fármaco Omalizumab para tratamento domiciliar contra asma grave. Violação dos arts. 489, § 1º, IV, 1.022, II, do NCPC. Não verificada. Recusa de cobertura. Medicação prescrita pelo médico. Rol da ANS. Acórdão recorrido em conformidade com entendimento da terceira turma do STJ. Decisão mantida. Agravo interno não provido. Aplica-se o NCPC a este recurso ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. Não há falar em omissão ou negativa de prestação jurisdicional, na medida em que o Tribunal estadual dirimiu, fundamentadamente, a questão que lhe foi submetida, apreciando a controvérsia posta nos autos. A despeito do entendimento da Quarta Turma em sentido contrário, a Terceira Turma mantém a orientação firmada há muito nesta Corte Superior de que a natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é meramente exemplificativa, reputando, no particular, abusiva a recusa de fornecimento de medicamento prescrito pelo médico responsável pelo tratamento de doença coberta pelo plano de saúde, ainda que se trate de fármaco de uso domiciliar. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos. Agravo interno não provido. Relator: Min. Moura Ribeiro, 25 de outubro de 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=138610823®istro_numero=202102444201&peticao_numero=202100852557&publicacao_data=20211028&formato=PDF. Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *AgInt no Resp 1939973/MG* - Agravo interno no recurso especial. Irresignação submetida ao NCPC. Contrato de plano de saúde. Fornecimento de fármacos de uso domiciliar não previstos em contrato firmado entre as partes e que não correspondem a antineoplásicos orais e correlacionados à medicação assistida, nem aos constantes do rol da ANS. Agravo interno não provido. Aplica-se o NCPC a este julgamento ante os

termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. É lícita a recusa de cobertura de medicamento de uso domiciliar que não se enquadre como antineoplástico oral, de controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, a medicação assistida (home care) e os constantes do correspondente rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ficando ressalvada as hipóteses de pagamento por liberalidade da operadora ou por força de previsão no contrato principal ou acessório do plano de saúde. Precedente. Agravo interno não provido. Relator: Rel. Min. Moura Ribeiro, 27 de setembro de 2021. Disponível em https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=136402831®istro_numero=202101588380&peticao_numero=202100716006&publicacao_data=20210929&formato=PDF . Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *AgInt no Resp 1945118/SP*. Agravo interno no recurso especial. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral. Contrato de plano de saúde. Operadora constituída na modalidade de autogestão. Não incidência do CDC. Súmula 608/STJ. Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS. Natureza exemplificativa. Medicamento prescrito para tratamento de neoplasia mamária com metástase óssea. Recusa indevida de fornecimento. Harmonia entre o acórdão recorrido e a jurisprudência do STJ. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral, em virtude da negativa de fornecimento do medicamento lbrance (Palbociclib 125 mg), prescrito para o tratamento de neoplasia mamária com metástase óssea. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão (súmula 608/STJ). A despeito do entendimento da Quarta Turma em sentido contrário, a Terceira Turma mantém a orientação firmada há muito nesta Corte de que a natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS é meramente exemplificativa. De acordo com a jurisprudência desta Corte, é abusiva a negativa de cobertura pela operadora de plano de saúde mesmo a constituída sob a modalidade de autogestão de procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no contrato. Agravo interno no recurso especial conhecido e desprovido. Relatora. Min. Nancy Andrighi, terceira turma, julgado em 20 de setembro de 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=135959733®istro_numero=202101910050&peticao_numero=202100662443&publicacao_data=20210922&formato=PDF . Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *AgInt no AgInt no AREsp 1720817/SP* – Processual civil. Agravo interno no agravo interno no agravo em recurso especial. Plano de saúde. Medicamento domiciliar. Possibilidade de exclusão.

Decisão mantida. De acordo com a jurisprudência desta Corte, "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 1692938/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 27/04/2021, DJe 04/05/2021). Agravo interno a que se nega provimento. Relator: Min. Antônio Carlos Ferreira, 20 de setembro de 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediad/o/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=135896024®istro_numero=202001590995&peticao_numero=202100593899&publicacao_data=20210923&formato=PDF . Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *AgInt no AResp 1800230/RJ* – Agravo interno no agravo em recurso especial. Decisão da presidência. Reconsideração. Ação de obrigação de fazer cumulada com indenização. Plano de saúde. Tratamento oncológico. Negativa de fornecimento de medicamento. Recusa abusiva. Danos morais configurados. Valor razoável. Multa por embargos protelatórios. Afastamento. Agravo interno provido para conhecer do agravo e dar parcial provimento ao recurso especial. Agravo interno contra decisão da Presidência que conheceu do agravo para não conhecer do recurso especial. Reconsideração. É possível que o plano de saúde estabeleça as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado, sendo abusiva a negativa de cobertura do procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para sua realização de acordo com o proposto pelo médico. Precedentes. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou o entendimento de que "a recusa injusta de plano de saúde à cobertura do tratamento médico a que esteja contratualmente obrigado enseja reparação por dano moral, uma vez que gera aflição e angústia para o segurado, o qual já se encontra fragilizado pela doença" (AgRg no AResp 685.839/MG, Rel. Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 02/06/2015, DJe de 09/06/2015). O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente pode ser revisado em sede de recurso especial quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$15.000,00 (quinze mil reais) não é exorbitante nem desproporcional aos danos causados ao autor, que teve negado indevidamente o fornecimento de medicamento indispensável para seu tratamento oncológico. A oposição de embargos de declaração, com nítido fim de prequestionamento, não possui caráter protelatório, não ensejando a aplicação da multa prevista no art. 1.026, § 2º, do CPC/2015, nos termos da Súmula 98/STJ.6. Agravo interno provido para conhecer do agravo e dar parcial provimento ao recurso especial, afastando-se a multa do art. 1.026, § 2º, do CPC/2015. Relator: Min. Raul Araújo, 20 de setembro de 2021. Disponível em:

https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediad/o/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=135883421®istro_numero=202100593899&publicacao_data=20210923&formato=PDF

[mero=202003200687&peticao_numero=202100185219&publicacao_data=2021015&formato=PDF](#). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Resp 1927566/RS* - 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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 e que 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. 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. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários. CPC/2015, nos termos da Súmula 98/STJ.6. Agravo interno provido para conhecer do agravo e dar parcial provimento ao recurso especial, afastando-se a multa do art. 1.026, § 2º, do CPC/2015. Relatora: Min. Nancy Andrighi, 24 de agosto de 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediad/o/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=133999909®istro_nu_mero=202100760452&peticao_numero=1&publicacao_data=20210830&formato=PDF. Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *AgInt no Resp 1886182/SP* - Processual civil. Contratos. Agravo interno no recurso especial. Plano de saúde. Negativa de cobertura. Medicamento importado sem registro na Anvisa. Recusa legítima. Recurso especial em confronto com jurisprudência desta corte. Reexame de fatos e de provas. Súmula n. 7 do STJ. Decisão mantida. "É legítima a recusa da operadora de plano de saúde em custear medicamento importado, não nacionalizado, sem o devido registro pela ANVISA, em atenção ao disposto no art. 10, V, da Lei nº 9.656/98, sob pena de afronta aos arts. 66 da Lei nº 6.360/76 e 10, V, da Lei nº 6.437/76. Incidência da Recomendação nº 31/2010 do CNJ e dos Enunciados nº 6 e 26, ambos da I Jornada de Direito da Saúde, respectivamente, A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve

evitar os medicamentos ainda não registrados na Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; e, É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental" (REsp 1.712.163/SP, Relator Ministro Moura Ribeiro, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe 26/11/2018). Acrescente-se que alterar o entendimento do Tribunal de origem quanto à falta de registro do medicamento na ANVISA exige o reexame dos fatos e das provas dos autos, medida obstada pela Súmula n.7/STJ.3. Agravo interno a que se nega provimento. Relator: Min. Antônio Carlos Ferreira, 16 de agosto de 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediadocumento_tipo=integra&documento_sequencial=133200255®istro_numero=202001845220&peticao_numero=202100458384&publicacao_data=20210819&formato=PDF . Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *AgInt no Resp1932548/SP* – Civil. Agravo interno no recurso especial. Recurso manejado sob a égide do NCPC. Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde. Recusa de cobertura de medicamento para tratamento de neoplasia do fígado prescrito pelo médico. Rol da ANS. Acórdão recorrido em conformidade com o entendimento da terceira turma do STJ. Recusa indevida. Dano moral configurado. Súmula nº 83 do STJ. Decisão mantida. Agravo interno não provido. Aplica-se o NCPC a este julgamento ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. Segundo a jurisprudência desta Corte, o plano de saúde deve custear o tratamento de doença coberta pelo contrato, porquanto as operadoras não podem limitar a terapêutica a ser prescrita por profissional habilitado ao beneficiário para garantir sua saúde ou sua vida, esclarecendo, ainda, que tal não é obstado pela ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma entendendo ser legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg. Terceira Turma, no julgamento do REsp nº 1.846.108/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, julgado aos 2/2/2021, reafirmou sua jurisprudência no sentido do caráter exemplificativo do referido rol de procedimentos. É assente a jurisprudência desta Casa no sentido de que, em regra, sendo indevida a negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde do tratamento médico pleiteado, caracterizado fica o ilícito civil ensejador da reparação por danos morais. Precedentes. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo interno não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos. Agravo interno não provido. Relator: Min. Moura Ribeiro, 09 de agosto de 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediadocumento_tipo=integra&documento_sequencial=132673097®istro_numero=202001845220&peticao_numero=202100458384&publicacao_data=20210809&formato=PDF . Acesso em 22 nov. 2021.

[mero=202101084324&peticao_numero=202100462452&publicacao_data=20210812&formato=PDF](#) . Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *AgInt no AResp 1732234/SP* – Agravo interno. Planos e seguros de saúde. Órteses não ligadas a procedimento cirúrgico coberto a ser realizado. Expressa exclusão legal. Medicamento de uso domiciliar. Não enquadramento como antineoplásico, como medicação assistida (home care) nem está entre os incluídos no rol da ans para esse fim. Cobertura legal obrigatória. Inexistência. Precedentes das duas turmas de direito privado. Estabelece o art. 10, VII, da Lei n. 9.656/1998 que as operadoras de planos de saúde não têm a obrigação de arcar com próteses e órteses e seus acessórios não ligados a ato cirúrgico. É viável a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico ou aquelas sem fins reparadores, já que as operadoras de planos de assistência à saúde estão obrigadas a custear tão só os dispositivos médicos que possuam relação direta com o procedimento assistencial a ser realizado (art.10, II e VII, da Lei nº 9.656/1998)" (REsp 1673822/RJ, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Rel. p/ Acórdão Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 15/03/2018, DJe 11/05/2018)" (AgInt no REsp 1848717/MT, Rel. Ministro Luís Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 15/06/2020, DJe 18/06/2020). 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 1692938/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, terceira turma, julgado em 27/04/2021, DJe 04/05/2021). Agravo interno não provido. Relator: Min. Luís Felipe Salomão, 09 de agosto de 2021. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=132656610®istro_numero=202001816073&peticao_numero=202000991041&publicacao_data=20210824&formato=PDF. Acesso em 22 nov. 2021.

Doutrina

ARTIGOS

CAMPOS, Fernanda Giorno de. O plano de saúde deve fornecer medicamentos para tratamento das doenças? *Migalhas*, São Paulo, 13 nov. 2018. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/290964/o-plano-de-saude-deve-fornecer-medicamentos-para-tratamento-das-doencas>. Acesso em: 23 nov. 2021.

GOMES, Josiane Araújo. Da concessão de antecipação de tutela para fornecimento de medicamento não registrado junto à Anvisa em desfavor de operadora de plano de saúde. *Revista de direito privado*, São Paulo, v. 14, n. 56, p. 359-386, out./dez. 2013.

GOMES, Josiane Araújo. Plano de saúde: cobertura de tratamento experimental e fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados à luz da jurisprudência do STJ. *Revista de direito do consumidor*, São Paulo, v. 28, n. 124, p. 393-426, jul./ago. 2019.

HAHN, Tatiana Meinhart. Direito à saúde: jurisprudência atual e relevante do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal. *Juris Plenum direito administrativo*, Caxias do Sul, v. 1, n. 1, p. 73-108, mar. 2014.

HARTWIG, Marcelo Pires; DIAS, Renan Robaina. A judicialização do direito à saúde no Brasil: o Recurso Extraordinário nº 566.471/RN e as ações de medicamentos e contra planos de saúde. *Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social*, Florianópolis, v.4, n.2, p.37-57, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/download/4896/pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.

PLANO de saúde não é obrigado a fornecer medicamento de uso domiciliar, decide STJ. *Consultor jurídico*, São Paulo, 14 jul. 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-jul-14/plano-saude-nao-obrigado-fornecer-remedio-uso-domiciliar> Acesso em: 23 nov. 2021.

RIBEIRO, Paulo Dias de Moura. Operadoras de saúde e fornecimento de remédios não registrados na Anvisa. *Revista de direito e medicina*, São Paulo, n. 2, p. 1-19, abr./jun. 2019.

RUZON, Bruno Ponich. O uso *off label* de medicamento e o alcance da Lei nº 9.656/98. *Revista Magister de direito empresarial, concorrencial e do consumidor*, Porto Alegre, v. 9, n. 54, p. 73-85, dez./jan. 2013/2014.

SCHULMAN, Gabriel. Duas novidades surpreendentes na jurisprudência do STJ sobre a cobertura de tratamentos por planos de saúde: necessidade de registro de medicamentos na Anvisa (2018) e caráter taxativo do rol da ANS (2020). *Revista do advogado*, São Paulo, v. 40, n. 146, p. 53-67, jun. 2020. Disponível em: https://aplicacao.aasp.org.br/aasp/servicos/revista_advogado/paginaveis/146/52/index.html . Acesso em 16 nov. 2021.

SOUSA, Simone Letícia Severo e; SOARES JÚNIOR, Jarbas; PEREIRA, Ivânia Goretti Oliveira. Aspectos da judicialização da saúde e as notas técnicas na jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais - TJMG. *Revista internacional Consinter de direito*, Porto, v. 4, n. 6, p. 19-37, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://revistaconsinter.com/wp-content/uploads/2018/07/ano-iv-numero-vi-aspectos-da-judicializacao-da-saude-e-as-notas-tecnicas-na-jurisprudencia-do-tribunal-de-justica-de-minas-gerais-tjmg.pdf> . Acesso em: 16 nov. 2021.

TRETTEL, Daniela Batalha; SCHEFFER, Mário César. Judicialização de planos de saúde e posicionamentos dos tribunais: súmulas do Tribunal de Justiça de São Paulo e Superior Tribunal de Justiça sobre cobertura assistencial. *Revista de direito do consumidor*, São Paulo, v. 27, n. 115, p. 425-445, jan./fev. 2018.

LIVROS

GOMES, Josiane Araújo. *Contratos de planos de saúde: a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde* 2. ed. rev. e atual. Leme, SP: JH Mizuno, 2020.455 p.

TESES E DISSERTAÇÕES

PÚBLIO, Rilke Novato; REZENDE, Edna Maria. *Análise de solicitações de medicamentos excepcionais prescritos aos usuários de planos privados de saúde no estado de Minas Gerais*. 2011. 89 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-8NEHRW>. Acesso em: 02 nov. 2021.