RECURSO ESPECIAL Nº 1.866.530 - SP (2018/0069578-0)

RELATORA	**:**	**MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
RECORRENTE	:	PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAUDE LTDA
ADVOGADO	:	LUIZ INÁCIO AGUIRRE MENIN E OUTRO(S) - SP101835
RECORRIDO	:	SONIA MARIA DE ABREU
ADVOGADOS	:	MIKE LUIZ SELLA DA COSTA - DEFENSOR PÚBLICO - SP224591 DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DECISÃO

Trata-se de recurso especial interposto contra acórdão assim ementado:

> "OBRIGAÇÃO DE FAZER - Plano de assistência à saúde - Rejulgamento - Alegação de que os medicamentos Ribavirina, Sofosbuvir (Sovaldi) e Peginterferon Alfa 2ª 180 mcg são de uso domiciliar, não são nacionalizados ou sem registro na ANVISA - Ação julgada procedente - Acórdão que não deu provimento ao recurso da operadora - Reapreciação da matéria determinada, à lu do art. 1.030, II, do CPC - Ponto a reapreciar: fornecimento de Sofosbuvir - Medicamento não registrado pela ANVISA que não é exigível de operadora de plano de assistência à saúde - Inteligência do decidido no REsp nº 1.712.163/SP, recurso repetitivo - Manutenção do acórdão, contudo, necessária - Descabida a interferência da operadora de plano no tema e na circunstância do caso - Aplicação das Súmulas 95, 96 e 102 deste Tribunal - Medicamento Sofosbuvir que foi registrado pela ANVISA em 21/05/2018 - Acórdão que, portanto, não confronta com o decidido no REsp nº 1.712.163/SP, recurso repetitivo - Revela-se abusiva a recusa de custeio do medicamento prescrito pelo médico responsável pelo tratamento do beneficiário, ainda que ministrado em ambiente domiciliar - Precedentes do STJ - Danos morais caracterizados pela recusa injustificada de autorização para o tratamento da autora, fato que não se tipifica como de aborrecimento corriqueiro - Indenização devida - Ausência de pedido de redução da condenação - Valor mantido em R$10.000,00 - Acórdão mantido - RECURSO IMPROVIDO."

Nas razões do recurso especial, a parte recorrente alegou negativa de vigência ao artigo 10, V e VI, da Lei 9.656/98. Argumentou, em breve síntese, que a

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

operadora do Plano de Saúde não pode ser obrigada a fornecer medicamentos de uso domiciliar que não sejam aqueles para tratamento neoplásico, de modo que incabível a condenação a título de danos morais.

Presentes os pressupostos de admissibilidade e ultrapassado o limite do conhecimento do presente recurso, verifico que esse merece parcial provimento, senão vejamos.

A Súmula n° 568, desta Corte, dispõe que "relator, monocraticamente e no Superior Tribunal de Justiça, poderá dar ou negar provimento ao recurso quando houver entendimento dominante acerca do tema."

Da análise dos autos, verifico que o Tribunal de origem decidiu de forma contrária à jurisprudência desta Corte.

Para a compreensão da controvérsia, transcrevo trecho pertinente do acórdão estadual (fls. 511/515 e-STJ):

> "Conforme relatado pelo juiz sentenciante, "os elementos de convicção constantes dos autos evidenciam que a autora é portadora de cirrose hepática pelo vírus da hepatite C, doença de natureza grave. Em razão dessa patologia, a autora necessita, em caráter de urgência, de tratamento com os medicamentos Ribavirina, Sofosbuvir (Sovaldi) e Peginterferon. Ocorre que a ré recusou o custeio dos medicamentos em questão, sob o fundamento de exclusão contratual para drogas utilizadas em regime domiciliar (todos os acima descritos) e para drogas importadas não nacionalizadas, sem registro na Anvisa (Sofosbuvir)".
>
> Pois bem.
>
> De início, pontuo que a recusa da ré em fornecer os medicamentos é incontroversa. Também observo que a ré, no que diz respeit à indenização por danos morais, apenas pediu o seu afastamento, mas não su redução. Além disso, acrescento que o medicamento Sofosbuvir foi registrado pela ANVISA em 21/05/2018 (vide página do Diário Oficial da União - http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=531&pagina=26&data=21/05/2018).
>
> Dito isto, passo a enfrentar novamente as razões do recurso.
>
> Inicialmente, deve-se considerar que pela celebração de plano de assistência médica e hospitalar, as partes se envolveram em típica relação de consumo, conforme preceituam os artigos 2º e 3º do

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

Código de Defesa de Consumidor.

Aliás, sobre a questão o C. Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula n. 469, dispondo esta que: “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.

Na ausência de expressa exclusão de cobertura dos medicamentos citados na petição inicial, o fornecimento deles ao consumidor é permitido.

Neste panorama, e tendo em vista que os medicamentos convencionais não se mostraram eficientes, conforme consta do documento de fls. 18/19, tenho que a preservação da saúde e da vida da autora sejam motivos suficientes para o fornecimento do medicamento. Saliento que e momento algum foram alegados quaisquer outros obstáculos pela ré para negar cobertura ao tratamento indicado, como carência ou não cobertura do tratamento da doença denominada “hepatite C”.

A negativa de fornecimento do medicamento redunda, em última análise, na própria negativa de tratamento à doença. Esse raciocínio é aplicado na Súmula n.º 95 deste Sodalício, segundo a qual “havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura do custeio ou fornecimento de medicamentos associados a tratamento quimioterápico”.

Assim, também, a Súmula 96, ao estatuir que “havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento”, aplicável ao caso por analogia.

Além disso, conforme entendimento já consolidado por esta Corte, o fato de o medicamento prescrito não estar previsto no rol da Agência Nacional de Saúde, ou em qualquer outro, é irrelevante, já que tais listas são meramente exemplificativas, não isentando as companhias de plano de saúde de custeá-los, desde que sua utilização seja expressamente indicada por profissional da área, questão igualmente pacificada pelo Tribunal Bandeirante no seu enunciado sumular n.º 1022.

Constata-se que o entendimento acima exposto coaduna-se com a jurisprudência do STJ, no sentido de ser abusiva a cláusula contratual que exclui da cobertura do plano de saúde o fornecimento de medicamento tão somente pelo fato de ser ministrado em ambiente domiciliar.

Sobre o tema:

(...)

Ademais, o medicamento Sofosbuvir foi registrado pela ANVISA

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

> em 21/05/2018, motivo pelo qual o acórdão ora em reapreciação não ofende o decidido no REsp nº 1.712.163/SP, recurso repetitivo.
> Entendo que a autora sofreu dano moral, caracterizado quando da recusa injustificada de autorização para o seu tratamento, fato que não se tipifica como de aborrecimento corriqueiro.
> E isso porque a falta de autorização do tratamento por parte da ré gera, inquestionavelmente, abalo psicológico, potencializando o sofrimento da vítima que já padece, certamente, com os desdobramentos decorrentes da própria moléstia.
> Confira-se, nesse sentido, jurisprudência desta Câmara em casos semelhantes:
> (...)
> A ofensa teve intensidade suficiente para tipificar o dano moral indenizável, ultrapassando, por óbvio, o patamar de mero desconforto típico da vida cotidiana.
> No mais, verifico que não houve pedido de redução do valor da condenação ao pagamento de indenização por dano moral, apenas foi pedido o seu afastamento, o que, como vimos, não é possível."

Com efeito, quanto ao caráter exemplificativo do rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS que constituem o plano-referência com as coberturas mínimas/obrigatórias, saliento que a Quarta Turma deste Superior Tribunal de Justiça, em recentíssimo julgado, modificou o entendimento anteriormente adotado para considerar que "é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas".

Isso porque a referida jurisprudência, além de constituir indevida interferência do Poder Judiciário no âmbito regulatório de competência do Executivo, inviabiliza a sobrevivência financeira das operadoras de plano de saúde, em virtude da necessidade de estrita observância às previsões atuariais, bem como representa ofensa à livre concorrência por ir de encontro às previsões legais que permitem a contratação das mais variadas coberturas, para além do plano-referência com seus procedimentos e eventos mínimos obrigatórios.

A propósito, confiram o mencionado julgado, de Relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão:

> PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (OVERRULING). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE VISANDO HARMONIZAR OS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO ESTABELECIDA PELA AGÊNCIA. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. O art. 4º, III e XXXVII, atribui competência à Agência para elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656/1998, além de suas excepcionalidades, zelando pela qualidade dos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar.

2. Com efeito, por clara opção do legislador, é que se extrai do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 c/c o art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000, a atribuição dessa Autarquia de elaborar a lista de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Em vista dessa incumbência legal, o art. 2º da Resolução Normativa n. 439/2018 da ANS, que atualmente regulamenta o processo de elaboração do rol, em harmonia com o determinado pelo caput do art. 10 da Lei n. 9.656/1998, esclarece que o rol garante a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de todas as enfermidades que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID da Organização Mundial da Saúde.

3. A elaboração do rol, em linha com o que se deduz do Direito Comparado, apresenta diretrizes técnicas relevantes, de inegável e

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

peculiar complexidade, como: utilização dos princípios da Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS; observância aos preceitos da Saúde Baseada em Evidências - SBE; e resguardo da manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor.

4. O rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para propiciar direito à saúde, com preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, em revisitação ao exame detido e aprofundado do tema, conclui-se que é inviável o entendimento de que o rol é meramente exemplificativo e de que a cobertura mínima, paradoxalmente, não tem limitações definidas. Esse raciocínio tem o condão de encarecer e efetivamente padronizar os planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito, restringindo a livre concorrência e negando vigência aos dispositivos legais que estabelecem o plano-referência de assistência à saúde (plano básico) e a possibilidade de definição contratual de outras coberturas.

5. Quanto à invocação do diploma consumerista pela autora desde a exordial, é de se observar que as técnicas de interpretação do Código de Defesa do Consumidor devem reverência ao princípio da especialidade e ao disposto no art. 4º daquele diploma, que orienta, por imposição do próprio Código, que todas as suas disposições estejam voltadas teleologicamente e finalisticamente para a consecução da harmonia e do equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores.

6. O rol da ANS é solução concebida pelo legislador para harmonização da relação contratual, elaborado de acordo com aferição de segurança, efetividade e impacto econômico. A uníssona doutrina especializada alerta para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar. A disciplina contratual exige uma adequada divisão de ônus e benefícios dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso tem de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto à identificação de deveres específicos do fornecedor para assegurar a sustentabilidade, gerindo custos de forma racional e prudente.

7. No caso, a operadora do plano de saúde está amparada pela excludente de responsabilidade civil do exercício regular de direito, consoante disposto no art. 188, I, do CC. É incontroverso, constante da própria causa de pedir, que a ré ofereceu prontamente o procedimento de vertebroplastia, inserido do rol da ANS, não

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

havendo falar em condenação por danos morais.
8. Recurso especial não provido.
(REsp 1733013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/2/2020)

Transcrevo abaixo fundamentos constantes no voto do Ministro Relator, aos quais adiro integralmente:

> "A ANS, por meio de suas Resoluções da Diretoria Colegiada, em cumprimento à vontade do legislador, formula políticas incluindo tratamentos obrigatórios para os diversos tipos de produtos básicos, de modo a corrigir os desvios que a evolução da ciência médica acaba trazendo para as operadoras que exploram os planos e seguros privados de assistência à saúde. Malgrado trate-se de regulamentação infralegal, decorre de expressa delegação legal de competência, o que se configura mesmo necessário em vista do fato de que "a rapidez com que são editadas as regras é a mesma com que elas podem ser revogadas ou modificadas, caso produzam resultados contrários aos pretendidos. Estes efeitos não poderiam ser obtidos se fosse necessário o processo legislativo" (BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. Lei dos planos e seguros de saúde: comentada e anotada artigo por artigo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003, p. 65-69).
> Diante desse cenário, por um lado, não se pode deixar de observar que o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, em preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo representaria, na verdade, negar a própria existência do "rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população. Lamentavelmente, salvo os planos de saúde coletivo empresariais, subvencionados pelo próprio empregador, em regra, os planos de saúde, hoje em dia, são acessíveis apenas às classes média alta e alta da população.
> Por outro lado, esse entendimento de que o rol é meramente exemplificativo, devendo a cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas, tem o condão de efetivamente padronizar todos planos de saúde, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer "tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

segurado, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura".

Deveras, é forçoso reconhecer que essa percepção, segundo entendo, nega vigência aos dispositivos legais que determinam o plano básico de referência e a possibilidade de estabelecimento contratual de outras coberturas, efetivamente padronizando e restringindo a livre concorrência ao nitidamente estipular a mais ampla, indiscriminada e completa cobertura a todos os planos e seguros de saúde, o que, além dos mais, dificulta o acesso à saúde suplementar às camadas mais necessitadas e vulneráveis da população.

No ponto, 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 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.

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.

(...)

7. Por outro giro, a "forte intervenção estatal na relação contratual e a expressa disposição do art. 197 da CF deixam límpido que o serviço é de relevância pública, **extraindo-se da leitura do art. 22, § 1º, da Lei n. 9.656/1998 a inequívoca preocupação do legislador com o equilíbrio financeiro-atuarial dos planos e seguros de saúde, que devem estar assentados em planos de custeio elaborados por profissionais, segundo diretrizes definidas pelo**

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

Consu" (REsp 1.785.652/DF, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 21/2/2019, DJe 1/4/2019).

Consoante entendimento majoritário da doutrina especializada, os planos e os seguros privados de assistência à saúde possuem nítida natureza mutualista e securitária, submetendo-se a precificação a cálculos e estudos atuariais. A função econômica do seguro é socializar riscos entre os usuários. A operadora recebe de cada um o prêmio, calculado de acordo com a probabilidade de ocorrência do evento danoso. Em contrapartida, obriga-se a conceder a garantia consistente em pagar certa prestação pecuniária ao segurado, ou a terceiros beneficiários, na hipótese de verificação de sinistro (COELHO, Fábio Ulhoa. *Contratos*. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 340-341).

Nos casos de contratos securitários, como é cediço, notadamente em vista dos avanços da atuária, há acesa controvérsia doutrinária acerca da inserção da álea como integrante do objeto do contrato de seguro, visto que, com os prêmios que recebe de seus segurados, se corretos os cálculos atuariais que realizou, a seguradora não apenas disporá dos recursos necessários aos pagamentos das prestações devidas, em razão dos eventos segurados que se verificarem e das despesas administrativas e operacionais relacionadas ao seu funcionamento, como também obterá lucro.

Destarte, em um ambiente de segurança jurídica, a atividade seguradora se baseia em riscos, e não em incertezas, pois os riscos contidos na apólice, nos estritos termos em que foi elaborada, podem ser perfeitamente investigados e mensurados (POLIDO, Walter A. *Contrato de seguro e a atividade seguradora no Brasil: D*ireito do Consumidor. São Paulo: Roncarati, 2015, p. 13 e 17).

(...)

Na verdade, o contrato de assistência à saúde põe em confronto dois valores antagônicos. De um lado, a operação econômica, cujo equilíbrio deve ser preservado como meio de assegurar a utilidade do contrato (a assistência prometida). De outro lado, o interesse material do consumidor na preservação da sua saúde (PASQUALOTTO, Adalberto. MARQUES, Claudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (Coords.). *Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 47-48).

Nesse rumo, é digno de registro que a uníssona doutrina especializada e a majoritária consumerista alertam para a necessidade de não se inviabilizar a saúde suplementar, realçando

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

> que "uma das grandes dificuldades em relação ao contrato de seguro e planos de assistência à saúde diz respeito à manutenção do equilíbrio das prestações no tempo".
> A disciplina contratual "exige uma adequada divisão de ônus e benefícios, na linha de que os estudos sobre contratos relacionais no Brasil vem desenvolvendo, dos sujeitos como parte de uma mesma comunidade de interesses, objetivos e padrões. Isso terá de ser observado tanto em relação à transferência e distribuição adequada dos riscos quanto na identificação de deveres específicos ao fornecedor para assegurar a sustentabilidade,
> gerindo custos de forma racional e prudente".”

Por fim, saliento que “não se está a dizer que não possam existir situações pontuais em que o Juízo - munido de informações técnicas obtidas sob o crivo do contraditório, ou mesmo se valendo de nota técnica dos Nat-jus, em decisão racionalmente fundamentada – venha determinar o fornecimento de certa cobertura que constate ser efetivamente imprescindível, com supedâneo em medicina baseada em evidência (clínica).”(REsp 1733013/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO).

No caso concreto, verifico que tanto a sentença quanto o acórdão estadual basearam a imprescindibilidade do tratamento prescrito no relatório do médico que atende a parte autora, sem se atentar, contudo, que a obrigação de fornecimento de tratamento domiciliar somente é devida conforme disposição contida nos artigos 10, VI, 12, I, c, e II, g, da Lei n° 9.656/98:

> “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 enfermaria, 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:
> VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; ”

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

> "Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:
> I - quando incluir atendimento ambulatorial:
> c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;
> II - quando incluir internação hospitalar:
> g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;"

Ainda, nos termos do artigo 14 da Resolução Normativa 428/2017, "caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998".

Com efeito, em vista da inexistência de instrução processual para solucionar a controvérsia eminentemente técnica da maneira mais adequada, entendo não ser possível a imediata solução do litigio, devendo ser aplicado o direito à espécie para anular a sentença e o acórdão estadual (artigo 1.034 do CPC/15 e Súmula n° 456/STF).

Nesse contexto, julgo prejudicada a análise do pedido de afastamento da condenação a título de danos morais, salientando, contudo, que é assente perante esta Corte que a negativa de cobertura de procedimento ou medicamento, quando embasada em divergência de interpretação de cláusula contratual, não gera danos morais indenizáveis (AgInt no REsp 1653897/TO, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 20/6/2017, DJe 29/6/2017).

Em face do exposto, dou parcial provimento ao recurso especial e anulo o acórdão recorrido e a sentença, para que se apure concretamente, com base em Saúde Baseada em Evidências - SBE, a imprescindibilidade do tratamento prescrito, com requerimento de nota técnica ao Núcleo de Apoio Técnico do Tribunal de origem.

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741

Intimem-se.

Brasília (DF), 1º de abril de 2020.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora

Edição nº 2883 - Brasília, Disponibilização: Quinta-feira, 02 de Abril de 2020 Publicação: Sexta-feira, 03 de Abril de 2020
Código de Controle do Documento: 612E71E1-D0C2-4137-A348-2F887470B741