



Órgão	1ª Turma Cível
Processo N.	APELAÇÃO CÍVEL 0708599-33.2024.8.07.0014
REPRESENTANTE LEGAL(S)	R. R. A. G.
APELANTE(S)	M. A. G. e RAYANE ROSA ANDRADE GARIGLIO
APELADO(S)	BRADESCO SAUDE S/A
Relatora	Desembargadora DIVA LUCY DE FARIA PEREIRA
Acórdão Nº	2041970

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE PRIVADO. BENEFICIÁRIO COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA), TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERTATIVIDADE (TDAH), DISLEXIA E PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM E CONDUTA (PAC). PRODUTO À BASE DE CANNABIS A QUE SOMENTE CONFERIDA AUTORIZAÇÃO SANITÁRIA. MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO E SEM REGISTRO NA ANVISA. USO PRESCRITO DE CANABIDIOL SEM INDICAÇÃO DE QUE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA EXISTA COM ALTO GRAU DE RECOMENDAÇÃO PARA O QUADRO DE SAÚDE DO AUTOR. TRATAMENTO EXPERIMENTAL. ESCLARECIMENTOS SOBRE RISCOS E PRECAUÇÕES NECESSÁRIAS À TERAPÊUTICA PRESCRITA SEM EVIDÊNCIAS MÍNIMAS DE SUA EFICÁCIA COMPROVADAMENTE NÃO DADOS AOS FAMILIARES DO PACIENTE MENOR. INEFICÁCIA DAS ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS EXISTENTES NO MERCADO NÃO DEMONSTRADA. EVENTO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDO DO ROL DE COBERTURA MÍNIMA. NEGATIVA AMPARADA NA LEI 9.656/98 (ART. 10, I), NA RESOLUÇÃO NORMATIVA 465/2021/ANS (ART. 17, § ÚNICO, I, A) E NO REGULAMENTO DO PLANO DE SEGURO-SAÚDE CONTRATADO. RECUSA JUSTIFICADA. INEXISTÊNCIA DE CIRCUNSTÂNCIAS EXCEPCIONAIS E RESTRITAS PREVISTAS NO ART. 10, § 13, I E II, DA LEI N. 9.656/98. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE MITIGADA. LEI N. 14.454/2022. PROCEDER LÍCITO CONSIDERADOS OS LEGÍTIMOS LIMITES DA CONTRATAÇÃO. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. HONORÁRIOS MAJORADOS.

1. No que concerne ao argumento de que o rol da ANS é exemplificativo, trata-se de interpretação que desconsidera o sistema jurídico nacional para unicamente dar sentido e alcance à norma jurídica no exclusivo e particular interesse do autor.

2. É certo que a orientação firmada pelo c. STJ no julgamento dos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP quanto a ser taxativo o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS e a não estarem as operadoras do plano de saúde, de regra, obrigadas a cobrir procedimentos não listados não foi integralmente encampada pela Lei n. 14.454/2022. Por esse novo diploma legal, que alterou a Lei n. 9.656/98, o legislador infraconstitucional possibilitou, mas não de forma indiscriminada, que as operadoras de plano de saúde fossem compelidas a fornecer tratamentos não listados em Rol da ANS. Excepcionalmente poderia o segurado/beneficiário exigir além do que integrasse aquela lista de procedimentos e eventos e estivesse sob cobertura contratual. Para tanto, haveriam de ser atendidos os critérios elencados no art. 10, § 13, I e II, da Lei n. 9.656/98, segundo alterações introduzidas pela Lei n. 14.454/2022, que fixou condições excepcionais e restritas, tais como a comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências e a existência de recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros.

3. O art. 10, I, da Lei 9.656/98, ao instituir o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, estabelece as exigências mínimas de cobertura, excetuando, de forma expressa, o *tratamento clínico experimental*. No mesmo sentido, a Resolução Normativa 465/2021, que regulamenta as coberturas obrigatórias estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esse normativo, no compasso da regra posta no supracitado art. 10 da Lei 9.656/98, de modo expresso admite a exclusão assistencial de tratamento clínico experimental, sendo assim considerado, nos termos do art. 17, parágrafo único, I, “a”, do mesmo normativo, aquele que *emprega medicamentos não registrados/regularizados no país*.

4. Caso concreto em que não preenchidas as condições excepcionais estabelecidas no art. 10, § 13, I e II, da Lei n. 9.656/98, que poderiam justificar, de forma excepcional, a obrigatoriedade de cobertura por parte do plano de saúde réu, porquanto não há incorporação do pretendido medicamento pela ANS no âmbito da Resolução Normativa 465/2021, não há registro na ANVISA, bem como inexistente comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências, além de o contrato firmado entre as partes expressamente excluir o fornecimento de medicamentos ao beneficiário para tratamento domiciliar. Legítima, portanto, a recusa apresentada pela seguradora de saúde à solicitação de fornecimento de produto à base de *cannabis* prescrito ao autor pela baixa qualidade metodológica das evidências científicas sobre sua eficácia.

5. Hipótese em que sobressai: (a) o espantoso procedimento adotado pelo profissional da medicina que deixou de registrar nos relatórios que subscreveu esclarecimentos sobre os riscos e precauções necessárias com a adoção de tratamento de caráter experimental; (b) a manifestação do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus) como desfavorável ao fornecimento do canabidiol em casos semelhantes; (c) a impossibilidade de responsabilizar civilmente o plano de saúde por alegada ofensa a direitos da personalidade do beneficiário.

6. Recurso conhecido e desprovido. Honorários majorados.

ACÓRDÃO

Acordam os Senhores Desembargadores do(a) 1ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, DIVA LUCY DE FARIA PEREIRA - Relatora, CARLOS PIRES SOARES NETO - 1º Vogal e CARLOS ALBERTO MARTINS FILHO - 2º Vogal, sob a Presidência do Senhor Desembargador CARLOS PIRES SOARES NETO, em proferir a seguinte decisão: CONHECER DO RECURSO E NEGAR-LHE PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME. , de acordo com a ata do julgamento e notas taquigráficas.

Brasília (DF), 11 de Setembro de 2025

Desembargadora DIVA LUCY DE FARIA PEREIRA
Relatora

RELATÓRIO

Trata-se de apelação interposta por M.A.G., representado por R.R.A.G., contra sentença do juízo da 1ª vara cível do Guará (Id 72331765), que, nos autos da obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos morais ajuizada pelo ora apelante em desfavor de Bradesco Saúde S.A., julgou improcedente os pedidos iniciais para fornecimento do medicamento *Up Line-Isospec Broad Spectrum 3000mg (canabidiol)* e indenização por danos morais, nos seguintes termos:

Ante o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, JULGO IMPROCEDENTES os pedidos formulados.

Condeno a parte autora ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado da causa, nos termos do artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil, observada a eventual suspensão da exigibilidade em razão da gratuidade de justiça, concedida.

Nos fundamentos do *decisum*, o juízo sentenciante considerou ser o medicamento solicitado de uso domiciliar e não estar previsto no rol da ANS, considerado taxativo. Destacou a ausência de previsão contratual para fornecimento do fármaco e entendeu que a negativa de cobertura não configura, no caso, ato ilícito. Concluiu não ter sido comprovada a existência de dano moral indenizável.

Em razões recursais (Id 72331768), o autor/apelante informa lhe ter sido concedida na origem o benefício da gratuidade de justiça. Aduz haver decisões divergentes do mesmo juízo em casos semelhantes, o que, no seu entender, demonstra a necessidade de reforma da sentença.

Informa ser o autor menor de idade e portador de TEA, TDAH, dislexia e outras condições clínicas. Notícia a ineficácia dos tratamentos convencionais. Aduz ser o canabidiol a única alternativa eficaz prescrita por profissional médico.

Invoca o direito à saúde garantido constitucionalmente. Sustenta ser exemplificativo o rol da ANS. Diz que não pode ser restringido o acesso ao tratamento prescrito.

Cita o art. 10, § 13º, da Lei 9.656/98 e jurisprudência favorável ao fornecimento do medicamento. Insiste na tese de que está obrigada a operadora do plano de saúde ré/apelada a custear o tratamento.

Diz que a indevida negativa de cobertura configura dano moral. Menciona a vulnerabilidade do autor e a essencialidade do tratamento.

Ao final, requer:

Diante do aduzido, requerem os apelantes, principalmente o 1º Autor, menor infante, tutelado por inúmeras legislações protetivas a sua condição e sua hipossuficiência, afinal ele que irá utilizar o canabidiol, de forma mui respeitosa, o acolhimento da presente Apelação, para que seja reformada a Sentença proferida pelo juízo a quo, julgando procedente os pedidos elencados na inicial, reformada in totum, condenando a Ré na Obrigação de Fazer, bem como indenizando-a pelos danos morais suportados.

Por todo exposto, pugna a parte apelante que o presente recurso seja conhecido e no mérito lhe seja dado total provimento, assim como seja citada a parte Ré para querendo apresente suas contrarrazões, perfectibilizando o melhor direito.

Dispensado o recolhimento do preparo, por ser o recorrente beneficiário da gratuidade de justiça (Id 72331745).

Em contrarrazões, a apelada pugna, em suma, pelo desprovido do recurso (Id 72331772).

A d. Procuradoria de Justiça manifestou-se pelo conhecimento e desprovimento do recurso (Id 72747858).

É o relato do necessário.

VOTOS

A Senhora Desembargadora DIVA LUCY DE FARIA PEREIRA - Relatora

Conheço da apelação, porque atendidos os requisitos de admissibilidade. **Recebo-a** no duplo efeito, com fundamento nos artigos 1.012 e art. 1.013, ambos do CPC.

Sem preliminares, passo ao exame do mérito recursal.

Alega o apelante, em síntese, a ilicitude da negativa de custeio manifestada pela operadora de plano de saúde ao fundamento de que a normativa inserta no art. 10, § 13, da Lei 9.656/98, não constitui óbice ao fornecimento do tratamento requestado. Afirma que o referido diploma legislativo determina a cobertura obrigatória de medicamento indicado por médico assistente, mesmo não os previstos no rol da ANS, dado seu caráter exemplificativo.

Da análise dos autos, verifico ser incontroverso padecer o apelante de Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Dislexia; e Problemas de Aprendizagem e Conduta (PAC), (CID's-10: F84.5; F90.0; F81.0; F81.9) (Ids 72331716 e 72331717). Por conta desse quadro clínico, o médico Dr. Hélio Pires, CRM: 21590-DF, a ele prescreveu o medicamento *Up Line-Isospec Broad Spectrum 3000mg (canabidiol)* (Id 72331716). Solicitado o custeio desse fármaco à operadora do plano de saúde, foi negado por falta de cobertura obrigatória (Id 72331719).

Pois bem. Apesar do incontestado estado de saúde do autor e da prescrição a ele feita por seu médico assistente (Id 72331717), não encontro meios de legalmente compelir a operadora do plano de saúde coletivo empresarial a conceder ao autor/segurado o que supera o limite da cobertura contratualmente ajustada por adesão a Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar.

Não pode a Bradesco Saúde ser obrigada a fazer o que não está prescrito na lei. Não é possível sujeitá-la ao cumprimento de prestação não prevista no contrato tampouco em normativos baixados pelo órgão regulador da assistência suplementar à saúde (a ANS), afinal, tanto quanto o autor/segurado tem a legítima expectativa de que não lhe sejam cobradas obrigações contratuais para além do que ficou expressamente ficou ajustado, tem a seguradora a legítima expectativa de não ser compelida a assumir obrigações para além daquelas expressamente indicadas na apólice de seguro.

Com efeito, o § 4º do art. 10 da Lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, atribui à ANS competência para elaborar lista de procedimentos e eventos em saúde, adotada como referência básica pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde: “*A amplitude das coberturas, (...) será definida por normas editadas pela ANS*”.

A finalidade da lista ou rol de procedimentos e eventos em saúde está indicada nos arts. 1º, 2º e 3º da Resolução 555/2022, a saber:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o rito processual de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – Rol, que estabelece a cobertura assistencial 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 art. 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

I - avaliação de tecnologias em saúde – ATS: processo contínuo e abrangente de avaliação dos impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde, que leva em consideração aspectos tais como eficácia, efetividade, acurácia, segurança, custos, entre outros, com objetivo principal de auxiliar os gestores em saúde na tomada de decisões quanto à incorporação, alteração de uso ou retirada de tecnologias em sistemas de saúde;

II - saúde baseada em evidências – SBE: uso consciente e minucioso das melhores práticas e da literatura científica disponíveis nas decisões sobre assistência à saúde;

III - avaliação econômica em saúde – AES: análise comparativa de diferentes tecnologias, no âmbito da saúde, referente a seus custos e aos efeitos sobre o estado de saúde, compreendidas, entre outras, as análises de custo-efetividade, custo-utilidade, custo-minimização e custo-benefício, em relação às coberturas já previstas no Rol, quando couber;

IV - análise de impacto financeiro ou análise de impacto orçamentário – AIO: avaliação das consequências financeiras advindas da adoção de uma nova tecnologia em saúde, dentro de um determinado cenário de saúde com recursos finitos, na perspectiva da saúde suplementar;

V - tecnologia em saúde: medicamento, equipamento, dispositivo médico, procedimento técnico, sistema organizacional, informacional, educacional e de suporte e programa ou protocolo assistencial, reconhecidos pelo órgão competente para o registro ou para a autorização de uso, quando couber, por meio do qual a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população;

VI - tecnologia em saúde alternativa (comparador): a principal alternativa já disponível para fins de comparação com a intervenção em proposição;

VII - proponente: responsável pelo encaminhamento da proposta de atualização do Rol - PAR;

VIII - formulário de apresentação de propostas de atualização do Rol – FormRol: formulário eletrônico de preenchimento obrigatório pelo proponente da tecnologia em saúde, disponibilizado de modo contínuo, e utilizado como ferramenta para o envio

do conjunto de informações e documentos técnicos que constituem os requisitos mínimos para análise de elegibilidade das propostas de atualização do Rol, estabelecidos nos artigos 9º, 10, 11 e 12 desta Resolução;

IX - capacidade técnica instalada: conjunto de informações sobre os estabelecimentos de saúde, a estrutura física, os equipamentos, os recursos humanos e os insumos necessários disponíveis para a operacionalização da tecnologia na saúde suplementar, compreendidas em bancos de dados e sistemas de informações nacionais, bem como obtidas mediante painel ou consulta a especialistas, entre outras fontes de informação de reconhecida relevância para o setor saúde;

X - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC: órgão do Ministério da Saúde que tem como atribuição a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica;

XI - Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar – COSAÚDE: comissão criada pela Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022, que alterou a Lei nº 9.656, de 1998, com a função de assessorar a ANS na definição da amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes, e de procedimentos de alta complexidade;

XII - diretrizes de utilização – DUT: estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos listados no Rol;

XIII - parecer técnico-científico – PTC: ferramenta de suporte à gestão e à decisão, baseada na mesma racionalidade que envolve uma ATS, embora com execução e conteúdo mais simplificado;

XIV - revisão sistemática: aplicação de métodos científicos para identificar, localizar, recuperar e analisar sistematicamente toda evidência disponível sobre uma questão específica, a fim de minimizar os possíveis vieses de uma investigação;

XV - proposta de atualização do rol - PAR: proposta de atualização que poderá contemplar proposta de incorporação de nova tecnologia em saúde ou nova indicação de uso no Rol, de desincorporação de tecnologia em saúde já listada no Rol, de inclusão, exclusão ou alteração de DUT e de alteração de nome de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol.

XVI - proposta de incorporação de nova tecnologia em saúde ou nova indicação de uso no Rol: proposta de atualização que tem como objeto a incorporação de nova tecnologia em saúde ou nova indicação de uso no Rol, visando a estabelecer sua cobertura obrigatória;

XVII - proposta de desincorporação de tecnologia em saúde já listada no Rol: proposta de atualização que tem como objeto a exclusão de tecnologia ou de indicação de uso já listada no Rol, visando a extinguir sua cobertura obrigatória;

XVIII - proposta de inclusão de DUT: proposta de atualização que tem como objeto o estabelecimento de uma diretriz de utilização para procedimento ou evento já listado no Rol, visando a instituir critérios clínicos e parâmetros que deverão ser observados para que seja assegurada a sua cobertura obrigatória, mas que não acarrete incorporação ou desincorporação de tecnologia em saúde ao Rol e nem inclusão ou exclusão de indicação de uso; XIX - proposta de exclusão de DUT: proposta de atualização que tem como objeto a exclusão de diretriz de utilização instituída para procedimento ou evento em saúde já listado no Rol e que não acarrete incorporação ou desincorporação de tecnologia em saúde ao Rol e nem inclusão ou exclusão de indicação de uso; XX - proposta de alteração de DUT: proposta de atualização que tem como objeto a alteração ou atualização de critérios clínicos e parâmetros de cobertura instituídos para procedimento ou evento já listado no Rol e que não acarrete incorporação ou desincorporação de tecnologia em saúde ao Rol e nem inclusão ou exclusão de indicações de uso;

XXI - proposta de alteração de nome de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol: proposta de atualização que tem como objeto a alteração de nome de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol e que não acarrete a ampliação ou restrição da cobertura assistencial já instituída no Rol; e

XXII - Câmara de Saúde Suplementar: órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

Art. 3º O processo de atualização do Rol observará as seguintes diretrizes:

I - a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, de modo a contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país;

II - as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças; III - o alinhamento com as políticas nacionais de saúde;

IV - a utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde – ATS;

V - a observância aos princípios da saúde baseada em evidências – SBE;

VI - a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor; VII - a transparência dos atos administrativos;

VIII - a observância aos aspectos éticos da atenção à saúde; e

IX - a participação social efetiva.

Assim, efetivamente, não é ilimitada a obrigação de cobertura das pessoas jurídicas que comercializam planos de saúde. Há, como não poderia deixar de ser, um limite a ser observado. Resulta daí a licitude da estipulação de cláusulas excludentes de coberturas para determinados procedimentos médicos.

Seguindo essa diretriz, o art. 10, I e V, da Lei 9.656/98, ao instituir o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, estabelece as exigências mínimas de cobertura, excetuando, de forma expressa, o “tratamento clínico experimental” e o “fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados”.

No mesmo sentido, a Resolução Normativa 465/2021, que regulamenta as coberturas obrigatórias estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esse normativo, no compasso da regra posta no supracitado art. 10 da Lei 9.656/98, de modo expresso admite a exclusão assistencial de “tratamento clínico experimental”, sendo assim considerado aquele que “emprega medicamentos não registrados/regularizados no país”. É esse o teor do art. 17, parágrafo único, I, “a” da referida resolução. Veja-se:

Art. 17. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; ou

c) faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, ressalvado o disposto no art. 24;

Na hipótese dos autos, é indubitável não estar o medicamento *Up Line-Isospec Broad Spectrum 3000mg (canabidiol)* registrado na ANVISA, não constar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e nem mesmo figurar seu fornecimento entre as coberturas contratadas pelo autor, à ré, em contrato de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar. Antes, há clara e inequívoca exclusão de cobertura para o que não estiver incluído no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, conforme Cláusula 5 da Apólice de Seguro juntada ao Id 72331753, p.23. Não só. Postula o segurado a cobertura de produto experimental à base de *cannabis* e para o qual inexistem evidências significativas de efetividade e segurança.

Assim afirmo, porquanto tem o Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus), em atuação perante este e. TJDF, atestado em casos semelhantes, de forma categórica, ser fraco o grau de recomendação dos produtos à base de *cannabis* (canabidiol), pela baixa qualidade metodológica das evidências científicas sobre sua eficácia, bem como em razão da incerteza sobre os riscos e precauções necessárias com a adoção de tratamento de caráter experimental, condição essa que, entre inúmeras outras, justificam a negativa ao fornecimento do fármaco.

É nesse sentido a Nota Técnica de n. 4237/2025, oriunda do processo n. 0704518-92.2025.8.07.0018, em que o órgão técnico consignou serem “os estudos favoráveis são, em geral, observacionais, com base em relatos subjetivos de cuidadores, apresentando alto risco de vies e baixo rigor metodológico, não sendo adequados como base para decisões clínicas”. No referido parecer, destacou o órgão técnico que “também há preocupações relevantes quanto aos efeitos adversos da exposição crônica à *cannabis* no desenvolvimento cerebral, na função cognitiva e no desempenho escolar, sobretudo em crianças, que são mais vulneráveis a esses riscos” (Disponível em <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/notas-laudos-e-pareceres/natjus-df/4237.pdf/view>. Acesso em 19/8/2025).

Mais. Surpreendentemente o médico assistente do apelante, Dr. Hélio Pires, CRM-DF 21590, no relatório médico colacionado aos autos (Id 72331717, pp. 1-3 e 64121627, p. 3), afirma a necessidade de uso de *cannabis medicinal* sem contudo indicar elementos de informação certificadores da eficácia do medicamento ou em que grau foram as alternativas terapêuticas disponíveis no mercado testadas e aplicadas ao caso específico do autor.

Registro, nesse ponto, a absoluta inutilidade do escrito juntado em língua estrangeira ao Id 72331726 para instruir a peça vestibular, isso porque desatende o apelante a uma das mais mezinhas regras da lei processual civil brasileira, a saber:

Art. 192. Em todos os atos e termos do processo é obrigatório o uso da língua portuguesa.

Parágrafo único. O documento redigido em língua estrangeira somente poderá ser juntado aos autos quando acompanhado de versão para a língua portuguesa tramitada por via diplomática ou pela autoridade central, ou firmada por tradutor juramentado.

No que concerne ao argumento de que o rol da ANS é exemplificativo, trata-se de interpretação que desconsidera o sistema jurídico nacional para dar sentido e alcance à norma jurídica no exclusivo e particular interesse do autor.

É certo que a orientação firmada pelo c. STJ no julgamento dos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP quanto a ser taxativo o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS e a não estarem as operadoras do plano de saúde, de regra, obrigadas a cobrir procedimentos não listados não foi integralmente encampada pela Lei n. 14.454/2022.

Por esse novo diploma legal, que alterou a Lei n. 9.656/98, o legislador infraconstitucional possibilitou, mas não de forma indiscriminada, que as operadoras de plano de saúde fossem compelidas a fornecer tratamentos não listados em Rol da ANS. Excepcionalmente poderia o segurado/beneficiário exigir além do que integrasse aquela lista de procedimentos e eventos e estivesse sob cobertura contratual. Para tanto, haveriam de ser atendidos os critérios elencados no art. 10, § 13, I e II, a saber:

§ 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: (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

I - **exista comprovação da eficácia**, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

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. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022) (grifos nossos)

Em verdade, a legislação atualmente em vigor estabelece o chamado *sistema de taxatividade mitigada*, em que possível a superação do rol nas hipóteses previstas no art. 10, § 13, I e II, da Lei n. 9.656/98. Resulta daí não estarem as operadoras de saúde obrigadas a cobrir tratamentos não previstos na mencionada lista, salvo hipóteses excepcionais e restritas em que, observados parâmetros legalmente indicados, devem os planos de saúde custear tratamentos ou procedimentos não previstos no mencionado rol, a exemplo de terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico, mas desde que de eficácia comprovada por órgãos técnicos e aprovadas por instituições que regulam o setor, o que não é o caso dos autos.

A respeito das alterações legislativas trazidas pela Lei n. 14.454/2022, pertinente colacionar os seguintes arestos deste e. TJDF:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. REEXAME DETERMINADO PELO STJ. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. HIDROTERAPIA. ROL DA ANS. **TAXATIVIDADE MITIGADA. LEI Nº 14.454/2022. PARCIAL PROVIMENTO AO APELO DA RÉ. MANUTENÇÃO DA OBRIGAÇÃO DE CUSTEIO COM COPARTICIPAÇÃO.**

I. Caso em exame

1. *Apelação cível interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que julgou parcialmente procedentes os pedidos formulados por consumidora (atualmente com 7 anos de idade) na ação de obrigação de fazer, com o objetivo de compelir a operadora ré a autorizar e custear tratamento multidisciplinar para criança diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (CID: F84.0), conforme prescrição médica. Dentre os procedimentos indicados, incluiu-se a hidroterapia. A sentença determinou a cobertura do tratamento e fixou indenização por danos morais. O recurso foi parcialmente provido para afastar a condenação integral, mas mantida a obrigação de cobertura das terapias. Posteriormente, o STJ deu parcial provimento ao recurso especial da ré, determinando o retorno dos autos ao TJDF para reexame da obrigatoriedade de custeio da hidroterapia à luz dos EREsp nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP.*

II. Questão em discussão

2. *A questão em discussão consiste em verificar se estão presentes, no caso concreto, os requisitos para a flexibilização da regra da taxatividade do rol de procedimentos da ANS, de modo a obrigar a operadora de plano de saúde a custear a hidroterapia prescrita para tratamento de paciente com Transtorno do Espectro Autista.*

III. Razões de decidir

3. *A jurisprudência do STJ, firmada nos EREsp nº 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, estabelece que o rol da ANS é taxativo em regra, admitindo flexibilização em situações excepcionais devidamente comprovadas, tais como a ausência de substituto terapêutico eficaz e recomendação de órgãos técnicos reconhecidos.*

4. A Lei nº 14.454/2022 modificou a redação do art. 10 da Lei nº 9.656/1998, tornando o rol da ANS referência básica, e autorizando a cobertura de tratamentos não previstos, desde que atendidos critérios técnicos de eficácia e recomendação institucional.

5. *No caso concreto, restou comprovado, por meio de documentos e estudos médicos juntados aos autos, que a hidroterapia é eficaz no tratamento da autora, criança com TEA, não havendo opção terapêutica substitutiva no rol da ANS.*

6. *A Resolução Normativa nº 539/2022 da ANS tornou obrigatória a cobertura de qualquer método indicado pelo médico assistente no tratamento do TEA, sendo reconhecida a natureza multidisciplinar e personalizada da abordagem terapêutica.*

7. *A operadora ré não comprovou a existência de alternativa terapêutica eficaz na rede credenciada, tampouco apresentou justificativa técnica idônea para a recusa do tratamento.*

8. *O tratamento com hidroterapia atende aos critérios legais e jurisprudenciais para a flexibilização da regra da taxatividade do rol da ANS, configurando-se situação excepcional de cobertura obrigatória.*

IV. Dispositivo

9. *Em sede de reexame, ratificou-se o acórdão nº 1386361, que deu parcial provimento ao apelo da ré.*

Dispositivos e Jurisprudência relevantes citados: Lei nº 9.656/1998, art. 10, §§ 12 e 13; Lei nº 14.454/2022; RN ANS nº 469/2021; RN ANS nº 539/2022.

Jurisprudência relevantes citada: STJ, EREsp nº 1.886.929/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. 08.06.2022; STJ, EREsp nº 1.889.704/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. 08.06.2022; STJ, REsp nº 2.036.152/DF, Rel. Min. Moura Ribeiro, Terceira Turma, j. 11.10.2024; TJDF, Acórdão 1652157, Rel. Des. Arnaldo Camanho, j. 09.12.2022.

(Acórdão 1997383, 0715897-57.2020.8.07.0001, Relator(a): SÉRGIO ROCHA, 4ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 08/05/2025, publicado no DJe: 22/05/2025.) – grifos nossos

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. DIREITO À SAÚDE. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO. DUPIXENT (DUPILUMABE). PACIENTE COM DERMATITE UTÓPICA. REGISTRO NA ANVISA. AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS PARA A CONDIÇÃO ESPECÍFICA. DUT N. 65. DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO. **TAXATIVIDADE MITIGADA. JURISPRUDÊNCIA. LEI 14.454/2022. COMPROVAÇÃO DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO POSTULADO. INEFICÁCIA DOS MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS. OBRIGAÇÃO DE CUSTEIO DO TRATAMENTO. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.**

I. CASO EM EXAME

1. *Trata-se de Apelação interposta pela seguradora do plano de saúde contra a sentença, proferida pelo juízo da 16ª Vara Cível de Brasília, que extinguiu o processo sem resolução do mérito quanto à obrigação de fazer, cujo pedido é de autorizar e custear tratamento medicamentoso, e julgou improcedentes o pedido de indenização por danos morais.*

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. *A controvérsia reside em verificar se o plano de saúde pode ser obrigado a fornecer o medicamento postulado (Dupilumabe) para o tratamento do quadro grave de dermatite atópica que acomete a parte autora, nos termos da prescrição médica, a despeito de não constar do rol da ANS para a referida condição. A controvérsia consiste, ainda, em saber se a negativa de cobertura do mencionado tratamento enseja, na hipótese, a reparação por danos morais.*

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. *Na espécie, observa-se que o medicamento pretendido possui indicação específica para o tratamento da doença que acomete a parte autora, conforme consta no próprio sítio eletrônico da Anvisa. O fármaco DUPILUMABE passou a ser indicado para o tratamento de crianças de 6 a 11 anos de idade com dermatite atópica grave cuja doença não é adequadamente controlada com tratamentos tópicos ou quando estes tratamentos não são aconselhados.*

4. *Acerca da obrigação de a operadora de plano de saúde custear medicamento não previsto na lista da ANS, o STJ decidiu que o aludido rol tem, em regra, natureza taxativa, podendo ser excepcionado se preenchidas determinadas condicionantes (REsp 1886929/SP e REsp 1889704/SP, 2ª Sessão, DJe 03/08/2022).*

5. *A Lei n. 14.454/2022 alterou a Lei n. 9.656/98 para autorizar a cobertura de tratamento ou procedimento, prescrito por médico, que não esteja previsto no mencionado rol, desde que exista comprovação da eficácia do tratamento, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou recomendações pela Conitec ou outro órgão de renome internacional (art. 10, § 13, da Lei 9.656/98).*

6. *A jurisprudência do STJ admite a mitigação do rol da ANS, já tendo entendido pela obrigatoriedade da cobertura pelo plano de saúde de tratamento medicamentoso, ainda que sem previsão expressa. Nesse sentido: “A prescrição do tratamento medicamentoso pelo médico assistente da beneficiária-recorrida está amparada no conceito de saúde baseada em evidências - SBE, em consonância seja com a tese da taxatividade mitigada do rol da ANS, firmada pela Segunda Seção, no julgamento dos REsp 1.886.929/SP e dos REsp 1.889.704/SP (DJe 03/08/2022), seja com a tese do rol exemplificativo com condicionantes, da Lei nº 14.454/2022.” (REsp n. 2.019.618/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 29/11/2022, DJe de 1/12/2022.).*

7. *No caso sob exame, o conjunto probatório demonstra a imprescindibilidade do fármaco, informando sobre a possível evolução da doença. Resta justificada a imposição, ao plano de saúde, da obrigação de custeio do tratamento medicamentoso postulado (Dupilumabe – Dupixent), nos termos da prescrição médica.*

8. *Afastada a condenação a reparar danos morais, uma vez não haver indicação de transtornos emocionais significativos e por estar-se de diante de discussão legítima quanto à obrigação de cobertura do tratamento.*

IV. DISPOSITIVO

9. *Apelação conhecida e parcialmente provida.*

Dispositivo relevante citado: Lei n. 14.454/2022.

Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, J. 8/6/2022; STJ, REsp n. 2.019.618/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, J. 29/11/2022; STJ, AgInt no REsp n. 2.058.918/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, J. 27/11/2023.

(Acórdão 1978795, 0737638-51.2023.8.07.0001, Relator(a): CARLOS ALBERTO MARTINS FILHO, 1ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 12/03/2025, publicado no DJe: 26/03/2025.) – grifos nossos

Concretamente, não pode ser admitida a superação da taxatividade do rol da ANS na hipótese *sub judice* porque não estão atendidos os indispensáveis requisitos objetivos para configuração, nos termos da regra posta no art. 10, § 13, I e II, da Lei n. 9.656/98, de necessária circunstância excepcional e restrita apta a justificar a imposição à seguradora de saúde da obrigação de custear tratamento experimental a ser realizado pela aplicação ao autor do produto vindicado na peça vestibular.

Não há dever legal ou contratual de atender à solicitação feita pelo médico assistente do apelante, notadamente quando se verifica o enlaçamento das partes ao rol da ANS e às diretrizes de utilização por ela estabelecidas como de cobertura obrigatória, tal como indicado nas condições gerais do seguro de saúde contratado (Id 72331753).

Inviável reformar a sentença que afastou a pretensão deduzida na peça vestibular, porquanto lícita a recusa apresentada pela operadora do plano de saúde à solicitação de custeio de fornecimento de fármaco experimental não previsto no contrato nem em lista de eventos obrigatórios da ANS, e sem registro na ANVISA. E, tampouco, recomendado por órgãos especializados ou com comprovação de eficácia, à luz de evidências científicas, acerca de sua utilização, fato que sobreleva elevado grau de insegurança quanto à segurança da alternativa terapêutica postulada na peça vestibular.

Inexistente, portanto, conduta ilícita atribuível à operadora de saúde, tampouco pode ser ela condenada ao pagamento de indenização por ofensa a direito da personalidade do apelante.

A respeito do tema, já decidiu este e. TJDFT pela impossibilidade de fornecimento do fármaco *canabidiol* fora das hipóteses de indicação. Vejamos:

CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRATAMENTO COM MEDICAMENTO NÃO REGISTRADO PELA ANVISA. DOR CRÔNICA REFRACTÁRIA EM TODA REGIÃO DORSAL COM IRRADIAÇÃO PARA A REGIÃO CERVICAL DECORRENTE DE MÚLTIPLAS FRATURAS DE COLUNA TORÁCICA POR ACIDENTE DE MOTO. NECESSIDADE DO TRATAMENTO CANÁBICO. RE 566471. TEMA 6, STF. APELO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. No julgamento recente do RE 566471, o Supremo Tribunal Federal, assentou que: “a ausência de inclusão de medicamento nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde SUS (RENAME, RESME, REMUME, entre outras) impede, como regra geral, o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo”, sendo certo que sua concessão se dará apenas de forma excepcional. 2. Será possível a concessão do medicamento, se preenchidos cumulativamente os seguintes requisitos estabelecidos no Tema nº 6, do Supremo Tribunal Federal: (a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa, nos termos do item “4” do Tema 1.234 da repercussão geral; (b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q Q e 19-R R da Lei nº 8.080 0/1990 e no Decreto nº 7.646 6/2011; (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; (d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise; (e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e (f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento. 3. Constou ainda no referido julgamento que, sob pena de nulidade da decisão judicial, nos termos do artigo 489, § 1º, incisos V e VI, e artigo 927, inciso III, § 1º, ambos do Código de Processo Civil, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de concessão de medicamentos não incorporados, deverá obrigatoriamente: (a) analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo de não incorporação pela Conitec ou da negativa de fornecimento da via administrativa, à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, especialmente a política pública do SUS, não sendo possível a incursão no mérito do ato administrativo; (b) aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, previstos no item 2, a partir da prévia consulta ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), sempre que disponível na respectiva jurisdição, ou a entes ou pessoas com expertise técnica na área, não podendo fundamentar a sua decisão unicamente em prescrição, relatório ou laudo

médico juntado aos autos pelo autor da ação; e (c) no caso de deferimento judicial do fármaco, oficial aos órgãos competentes para avaliarem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS. 4. No caso dos autos, a parte autora requer o provimento jurisdicional de modo a obrigar a parte ré a lhe fornecer, por tempo indeterminado, o produto bisaliv power full spectrum 20:1 30ml – CBD 1mg/ml e THC 20mg/ml, não registrado na ANVISA, mas com importação autorizada pela citada Agência de Controle para a parte autora. 5. Destaque-se que o medicamento pleiteado não está padronizado pelo SUS. 5.1 A Nota Técnica elaborada pelo Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário NATJUS, em 01/09/2023, manifestou-se como não favorável à demanda, ante a baixa qualidade metodológica dos estudos referentes ao uso do canabidiol para os casos de dor crônica, à ausência de recomendação da CONITEC para o contexto de dor crônica e ao posicionamento do CFM quanto ao uso do canabidiol. 6. Apelo conhecido e não provido. (Acórdão 1950144, 0743617-46.2023.8.07.0016, Relator(a): CARLOS PIRES SOARES NETO, 1ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 27/11/2024, publicado no DJe: 13/12/2024.) – grifos nossos

APELAÇÃO. DIREITO CONSTITUCIONAL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO E DE FITOFÁRMACO. CANABIDIOL. PREGABALINA. DOR CRÔNICA. REGISTROS ATIVOS NA ANVISA. NÃO PADRONIZADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. NÃO DEMONSTRAÇÃO DA IMPRESCINDIBILIDADE. NÃO DEMONSTRAÇÃO DA INEFICÁCIA DOS FÁRMACOS DISPONÍVEIS NO SUS. EXISTÊNCIA DE SUBSTITUTO TERAPÊUTICO. GABAPENTINA. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. 1. Não deve ser acolhida a alegação genérica de ausência de fundamentação da Sentença quando a parte seque elenca quais os argumentos que o juízo de origem deixou de enfrentar e que poderiam infirmar a conclusão adotada. 2. O Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial 1.657.156/RJ, definiu os requisitos para o fornecimento de medicamentos pelo Estado, quais sejam: (i) comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento. 2.1 Ausente um dos requisitos, como a comprovação da imprescindibilidade do medicamento e da ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS, o pedido deve ser julgado improcedente. 3. Recurso conhecido e não provido. (Acórdão 1948798, 0728426-24.2024.8.07.0016, Relator(a): EUSTÁQUIO DE CASTRO, 8ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 26/11/2024, publicado no DJe: 06/12/2024.)

Por fim, destaco a manifestação da d. Procuradoria de Justiça ao oficial pelo desprovimento do recurso nos casos em que o contrato expressamente exclui o fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, caso do autor/apelante (Id 72747858):

(...) A assistência farmacêutica, à exceção do que consta da lei, não é obrigação do plano dos planos de saúde e, portanto, somente pode ser ampliada pelo contrato e, no caso do contrato firmado entre as partes, não há previsão de assistência farmacêutica para medicamentos de uso domiciliar (...) – grifos no original

Enfim, não encontro elementos para acolher a pretensão do apelante de imputar ao plano de saúde apelado conduta ilícita consubstanciada na recusa injustificada de custeio do produto, com reconhecimento do seu dever de indenizar pelo pretendido dano moral.

Posto isso, **conheço** do recurso e **a ele NEGOU PROVIMENTO**, mantendo incólume a sentença vergastada.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC, em atenção aos parâmetros do art. 85, § 2º, do CPC, especialmente no tocante ao grau de zelo profissional e ao trabalho despendido em grau recursal, majoro em 1% (um por cento) o montante fixado na instância de origem a título de honorários advocatícios devido pelo apelante, totalizando 11% (onze por cento) sobre o valor da causa, sob condição suspensiva de exigibilidade em razão da gratuidade a eles deferida (art. 98, § 3º, do CPC).

É como voto.

O Senhor Desembargador CARLOS PIRES SOARES NETO - 1º Vogal

Com o relator

O Senhor Desembargador CARLOS ALBERTO MARTINS FILHO - 2º Vogal

Com o relator

DECISÃO

CONHECER DO RECURSO E NEGAR-LHE PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME.