
GUIA PRÁTICO · PERSEQUINO ADVOCACIA

Plano Negou Tratamento Fora do Rol da ANS? *Seus Direitos* *Após a Lei 14.454/22.*

Lei 14.454/2022, ADI 7.265 do STF, os 5 critérios para cobertura, tutela de urgência e checklist completo de documentos.

Fábio Persequino · OAB/RJ 262.463
persequino.adv.br

Atualizado em Junho de 2026

O que você vai encontrar neste guia

- 01** **O que é o Rol da ANS**
A lista mínima obrigatória e por que ela não basta

- 02** **A cronologia: do exemplificativo à Lei 14.454**
STJ, a resposta do Congresso e o STF

- 03** **Os 5 critérios do STF (ADI 7.265)**
O que é preciso comprovar para cobertura fora do Rol

- 04** **Na prática: quando o plano deve cobrir**
Exemplos concretos e o que muda para você

- 05** **Documentos para a ação judicial**
O que reunir para fundamentar o pedido

- 06** **Tutela de urgência: cobertura imediata**
Como obter ordem judicial antes da sentença

- 07** **Passo a passo: o que fazer agora**
Da negativa à liminar

- 08** **Perguntas frequentes**
Respostas objetivas às dúvidas mais comuns

- 09** **Checklist final**
Lista para imprimir e organizar seu caso

O que é o Rol da ANS

O Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a lista que define a **cobertura mínima obrigatória** dos planos de saúde no Brasil. Ele abrange procedimentos médicos, exames, cirurgias e terapias que todas as operadoras devem cobrir.

O problema: a atualização dessa lista costuma levar **anos** — e a medicina avança mais rápido do que a burocracia regulatória. Tratamentos modernos, medicamentos de última geração e terapias inovadoras ficam de fora da lista por longos períodos, mesmo sendo a melhor opção para o paciente.

Na prática: o Rol é um **piso mínimo**, não um teto. A Lei 14.454/2022 deixou isso claro: os planos não podem usar a lista como desculpa para negar tratamentos que tenham comprovação científica.

A cronologia: do exemplificativo à Lei 14.454

Período	O que aconteceu	Efeito prático
Até jun/2022	Jurisprudência dominante: rol exemplificativo	Se a doença tinha cobertura, o tratamento indicado pelo médico também
Jun/2022	STJ (EREsp 1.886.929/SP): rol taxativo	Planos passaram a negar tudo que não estivesse na lista
Set/2022	Lei 14.454/2022: rol como referência básica	Congresso reagiu: cobertura obrigatória fora do rol com comprovação
Set/2025	STF (ADI 7.265): taxatividade mitigada	5 critérios definitivos com efeito vinculante para todo o país

Resultado: hoje, o Rol da ANS não é lista fechada. Se o tratamento preenche os 5 critérios do STF, o plano é **obrigado** a cobrir — mesmo que o procedimento não esteja expressamente na lista.

Os 5 critérios do STF (ADI 7.265)

Na ADI 7.265, relatada pelo Min. Luís Roberto Barroso, o STF consolidou que o beneficiário pode obter cobertura de procedimento fora do Rol desde que preencha **cumulativamente** cinco critérios:

1

Prescrição qualificada

O tratamento deve ser prescrito pelo **médico assistente** do paciente, com justificativa técnica detalhada.

2

Ausência de veto pela ANS

O procedimento **não pode ter sido expressamente negado** pela ANS após análise técnica específica.

3

Inexistência de alternativa eficaz no Rol

Não pode haver outro procedimento já incorporado ao Rol que **atenda adequadamente** o paciente para aquela condição.

4

Comprovação científica de alto nível

Eficácia demonstrada por **ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou meta-análises**. Diretrizes de sociedades médicas e recomendações da CONITEC, FDA ou EMA também servem.

5

Registro na ANVISA

O medicamento, dispositivo ou procedimento deve ter **registro vigente** na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Efeito vinculante: essa decisão se aplica a **todos os planos** (individuais, familiares, coletivos por adesão e empresariais) e a **todos os juízes** do país. Não há margem para a operadora ignorar.

Na prática: quando o plano deve cobrir

Se o seu médico prescreveu um tratamento que não está no Rol da ANS, o plano **não pode simplesmente negar** alegando que "não consta na lista". Ele deve analisar se os cinco critérios estão preenchidos e, se estiverem, autorizar.

Exemplos comuns de negativas ilegais

- **Imunoterapia** para câncer — medicamentos de última geração com registro na ANVISA
- **Terapia ABA** para autismo — prescrita pelo médico, com evidência robusta
- **Medicamentos biológicos** para doenças autoimunes (artrite, psoríase, Crohn)
- **Cirurgia robótica** quando é a técnica mais indicada para o caso
- **Exames genéticos** para diagnóstico de doenças raras ou hereditárias

Na realidade, muitas operadoras continuam negando de forma **automática**, sem sequer avaliar os critérios. Quando isso acontece, a via judicial é o caminho para forçar a cobertura.

Quem define o tratamento é o médico, não o plano. Um analista administrativo da operadora não pode substituir o juízo clínico do profissional que acompanha o paciente.

Documentos para a ação judicial

Se você recebeu uma negativa baseada no Rol, reúna imediatamente:

1

Negativa formal do plano

Por escrito – carta, e-mail ou print de portal/app. Se a negativa foi verbal, registre por e-mail ou protocolo (ligue no SAC e peça o número do protocolo).

2

Prescrição médica detalhada

Com CID da doença, nome do procedimento/medicamento, justificativa técnica e declaração de que **não há alternativa eficaz no Rol**.

3

Evidência científica

Artigos publicados, diretrizes de sociedades médicas, recomendações da CONITEC ou de órgãos internacionais (FDA, EMA, NICE).

4

Registro na ANVISA

Consulta no portal da ANVISA mostrando que o medicamento ou dispositivo tem registro vigente no Brasil.

5

Laudos e exames

Documentação que demonstre a gravidade do quadro e a urgência do tratamento. Histórico clínico completo.

Dica: peça ao seu médico um relatório específico mencionando os 5 critérios da ADI 7.265. Isso facilita enormemente o trabalho do advogado e a análise do juiz.

Tutela de urgência: cobertura imediata

A vida não pode esperar a burocracia da operadora. Quando há risco de agravamento ou progressão da doença, ingressamos com ação judicial com pedido de **tutela de urgência** (art. 300 do CPC).

Requisitos

- **Probabilidade do direito:** demonstrar que os 5 critérios da ADI 7.265 estão preenchidos
- **Perigo de dano:** risco de agravamento da doença, progressão tumoral, perda de janela terapêutica ou sofrimento desnecessário

Demonstrando ao juiz que os critérios da Lei 14.454/2022 e da ADI 7.265 estão preenchidos, a ordem judicial obriga o plano a custear o tratamento **imediatamente**, sob pena de **multa diária** (astreintes).

Em casos de urgência extrema (paciente oncológico aguardando início de quimioterapia, cirurgia já agendada), a liminar pode sair em **24 a 72 horas**.

Importante: a tutela de urgência pode ser requerida antes mesmo de esgotar as vias administrativas. Não é preciso recorrer à ANS primeiro — basta ter a negativa e a documentação médica.

Passo a passo: o que fazer agora

1

Obtenha a negativa por escrito

Ligue no SAC do plano, peça o número do protocolo e solicite a negativa formal por e-mail ou carta. Se a negativa veio pelo app, faça print com data.

2

Peça ao médico um relatório completo

O relatório deve conter: CID, nome do tratamento, justificativa técnica, declaração de não há alternativa eficaz no Rol e referências científicas.

3

Reúna a evidência científica

Artigos, diretrizes de sociedades médicas, bulas com indicação aprovada pela ANVISA, recomendações CONITEC/FDA/EMA.

4

Registre reclamação na ANS (opcional)

Pelo portal da ANS ou telefone 0800 701 9656. A ANS pode determinar a cobertura em até 10 dias – mas isso não impede a via judicial simultânea.

5

Registre no Procon e consumidor.gov.br

Fortalece a prova da recusa e cria registro público da conduta da operadora.

6

Procure um advogado especialista

Com a documentação organizada, o advogado pode ingressar com ação e pedir tutela de urgência para cobertura imediata.

Perguntas frequentes

"O plano disse que meu tratamento não está no Rol. Posso obrigar a cobrir?"

Sim, desde que os 5 critérios da ADI 7.265 do STF estejam preenchidos: prescrição médica, sem veto da ANS, sem alternativa no Rol, comprovação científica e registro na ANVISA.

"A Lei 14.454/2022 se aplica a todos os planos?"

Sim. Aplica-se a planos individuais, familiares, coletivos por adesão e empresariais. Não importa a data de contratação.

"Preciso reclamar na ANS antes de ir à Justiça?"

Não. A reclamação na ANS é opcional e não é pré-requisito para a ação judicial. Em casos urgentes, vá direto à Justiça.

"Quanto tempo demora para sair a liminar?"

Em casos de urgência comprovada, de **24 a 72 horas**. Em situações menos urgentes, de **1 a 4 semanas**.

"Se a ANVISA não aprovou para a minha doença específica (uso off-label)?"

O uso off-label tem sido aceito pelos tribunais quando há **evidência científica robusta** e prescrição fundamentada. Mas a análise é caso a caso.

"O plano pode exigir junta médica para autorizar?"

A operadora pode solicitar parecer de auditor, mas **não pode substituir** a decisão do médico assistente do paciente por uma decisão unilateral de negativa. Se negar, cabe ação judicial.

Checklist final

Imprima esta página e marque cada item conforme for providenciando.

Negativa e registro

- Negativa formal do plano por escrito (carta, e-mail ou print do app)
- Número do protocolo do SAC
- Reclamação registrada na ANS (opcional)
- Reclamação no Procon ou consumidor.gov.br (recomendado)

Documentação médica

- Prescrição médica com CID, nome do tratamento e justificativa técnica
- Declaração do médico: não há alternativa eficaz no Rol da ANS
- Laudos e exames demonstrando a gravidade do quadro
- Histórico clínico com tratamentos anteriores tentados

Comprovação científica

- Artigos científicos (ensaios clínicos, revisões sistemáticas, meta-análises)
- Diretrizes de sociedades médicas nacionais ou internacionais
- Recomendações CONITEC, FDA, EMA ou NICE (se houver)
- Consulta ao portal ANVISA confirmando registro vigente

Documentos pessoais e do contrato

- RG e CPF
- Carteira de saúde do plano de saúde (frente e verso)
- Contrato do plano ou declaração de vínculo
- Comprovante de pagamento em dia das mensalidades

Plano negou seu tratamento?

Avaliamos seu caso sem compromisso.
Atendimento 100% remoto, direto com o advogado.

persequino.adv.br

WhatsApp: (21) 96620-5940

Fábio Persequino · OAB/RJ 262.463

Este material tem natureza meramente informativa, em conformidade
com o Provimento 205/2021 do Conselho Federal da OAB.