



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2216966 - DF (2021/0322304-7)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADO : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
RECORRIDO : MARIA LIGIA PEREIRA DE ANDRADE MACEDO
ADVOGADO : KELLY DE SOUZA CORDEIRO - DF020087

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PROCESSO CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NEGATIVA. VÍCIO EMBARGÁVEL. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. INCLUSÃO. REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE. NÃO DEMONSTRAÇÃO. EQUIPARAÇÃO. PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. RESCISÃO UNILATERAL. FRAUDE. ART. 13, PARÁGRAFO ÚNICO, II, DA LEI Nº 9.656/1998. PROVA ROBUSTA. INEXISTÊNCIA. MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR. POSSIBILIDADE. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. DANOS MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA. PREVISÃO CONTRATUAL. DÚVIDA RAZOÁVEL.

1. A controvérsia dos autos resume-se em definir se: (i) o acórdão padece de vício de nulidade por negativa de prestação jurisdicional; (ii) a inclusão da beneficiária no plano de saúde coletivo empresarial sem o preenchimento dos requisitos de elegibilidade caracteriza contratação equiparável à individual ou familiar, apta a obstar a rescisão unilateral imotivada; (iii) lícita a rescisão unilateral, fundada em fraude na contratação; (iv) há obrigatoriedade de disponibilização de apólice individual para o segurado quando do cancelamento unilateral da apólice coletiva; (v) há configuração de danos morais indenizáveis; e (vi) há proporcionalidade do *quantum* arbitrado a título de danos morais.

2. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas em sentido inverso aos interesses da parte.

3. A inclusão de beneficiário em contrato coletivo sem o atendimento dos critérios de elegibilidade implica a formação de relação jurídica equiparável à contratação individual ou familiar firmada diretamente com a operadora, a atrair, por conseguinte, a incidência das normas que regem tal modalidade contratual, inclusive quanto à vedação à rescisão unilateral imotivada.

4. A rescisão unilateral do contrato de plano de saúde, com base em alegação de fraude, nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, requer prova robusta, individualizada e inequívoca, sobretudo ante a gravosa consequência da supressão da assistência à saúde.

5. Cabe à operadora de plano de saúde a verificação da elegibilidade no momento da contratação, sendo inadmissível que promova, posteriormente, a exclusão do beneficiário, sob o argumento de que não satisfaz os requisitos mínimos que a própria operadora se omitiu em apurar, sem a existência de prova concreta e específica da prática de fraude por parte do beneficiário.

6. A ausência de debate no acórdão recorrido quanto ao tema suscitado no recurso especial evidencia a falta do indispensável prequestionamento. Incidência, por analogia, do disposto na Súmula nº 282/STF.

7. O mero inadimplemento contratual pela operadora do plano de saúde não gera, *per se*, reparação a título de danos morais, sendo imprescindível que a negativa de cobertura, com o consequente retardo no tratamento, ocasione danos irreversíveis aos direitos de personalidade do paciente.

8. Não há falar em lesão ao direito de personalidade, apta a justificar compensação por dano extrapatrimonial, a mera negativa de atendimento médico, nas hipóteses em que há dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual atinente à resolução da avença, sobretudo nas situações em que há manutenção do vínculo contratual por força de tutela provisória, tal como na espécie vertente.

9. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, parcialmente provido para afastar a condenação em danos morais.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA, por unanimidade, conhecer em parte do recurso especial e, nessa extensão, dar-lhe parcial provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi e Humberto Martins (Presidente) votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, a Sra. Ministra Daniela Teixeira.

Brasília, 20 de agosto de 2025.

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2216966 - DF (2021/0322304-7)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADO : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
RECORRIDO : MARIA LIGIA PEREIRA DE ANDRADE MACEDO
ADVOGADO : KELLY DE SOUZA CORDEIRO - DF020087

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PROCESSO CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NEGATIVA. VÍCIO EMBARGÁVEL. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. INCLUSÃO. REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE. NÃO DEMONSTRAÇÃO. EQUIPARAÇÃO. PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. RESCISÃO UNILATERAL. FRAUDE. ART. 13, PARÁGRAFO ÚNICO, II, DA LEI Nº 9.656/1998. PROVA ROBUSTA. INEXISTÊNCIA. MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR. POSSIBILIDADE. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. DANOS MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA. PREVISÃO CONTRATUAL. DÚVIDA RAZOÁVEL.

1. A controvérsia dos autos resume-se em definir se: (i) o acórdão padece de vício de nulidade por negativa de prestação jurisdicional; (ii) a inclusão da beneficiária no plano de saúde coletivo empresarial sem o preenchimento dos requisitos de elegibilidade caracteriza contratação equiparável à individual ou familiar, apta a obstar a rescisão unilateral imotivada; (iii) lícita a rescisão unilateral, fundada em fraude na contratação; (iv) há obrigatoriedade de disponibilização de apólice individual para o segurado quando do cancelamento unilateral da apólice coletiva; (v) há configuração de danos morais indenizáveis; e (vi) há proporcionalidade do *quantum* arbitrado a título de danos morais.

2. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional se o tribunal de origem motiva adequadamente sua decisão, solucionando a controvérsia com a aplicação do direito que entende cabível à hipótese, apenas em sentido inverso aos interesses da parte.

3. A inclusão de beneficiário em contrato coletivo sem o atendimento dos critérios de elegibilidade implica a formação de relação jurídica equiparável à contratação individual ou familiar firmada diretamente com a operadora, a atrair, por conseguinte, a incidência das normas que regem tal modalidade contratual, inclusive quanto à vedação à rescisão unilateral imotivada.

4. A rescisão unilateral do contrato de plano de saúde, com base em alegação de fraude, nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, requer prova robusta, individualizada e inequívoca, sobretudo ante a gravosa consequência da supressão da assistência à saúde.

5. Cabe à operadora de plano de saúde a verificação da elegibilidade no momento da contratação, sendo inadmissível que promova, posteriormente, a exclusão do beneficiário, sob o argumento de que não satisfaz os requisitos mínimos que a própria operadora se omitiu em apurar, sem a existência de prova concreta e específica da prática de fraude por parte do beneficiário.

6. A ausência de debate no acórdão recorrido quanto ao tema suscitado no recurso especial evidencia a falta do indispensável prequestionamento. Incidência, por analogia, do disposto na Súmula nº 282/STF.

7. O mero inadimplemento contratual pela operadora do plano de saúde não gera, *per se*, reparação a título de danos morais, sendo imprescindível que a negativa de cobertura, com o consequente retardo no tratamento, ocasione danos irreversíveis aos direitos de personalidade do paciente.

8. Não há falar em lesão ao direito de personalidade, apta a justificar compensação por dano extrapatrimonial, a mera negativa de atendimento médico, nas hipóteses em que há dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual atinente à resolução da avença, sobretudo nas situações em que há manutenção do vínculo contratual por força de tutela provisória, tal como na espécie vertente.

9. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, parcialmente provido para afastar a condenação em danos morais.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., com fundamento no artigo 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios assim ementado:

"APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. AUSÊNCIA DAS CONDIÇÕES ELEGIBILIDADE. CONTRATAÇÃO FRAUDULENTA. VÍNCULO DIRETO E INDIVIDUAL. DANO MORAL. VALOR. MANUTENÇÃO.

1. Compete à operadora do plano de saúde a aferição das condições de elegibilidade dos usuários do plano de saúde coletivo por adesão.

2. Ausente as condições de elegibilidade, deve a operadora do plano de saúde estabelecer vínculo direto e individual com o beneficiário, em aplicação ao disposto no artigo 32 da Resolução Normativa ANS 195/2009, sobretudo quando evidenciada a ausência de má-fé do segurado.

3. Constitui dano moral a recusa de cobertura securitária motivada pelo cancelamento ilegal da contratação, deixando o aderente desassistido, especialmente em se tratando de pessoa idosa (74 anos). Foi mantido o valor da indenização fixado na r. sentença: R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

4. Negou-se provimento ao apelo da 3ª ré e deu-se provimento ao apelo da autora" (e-STJ fls. 637/659).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (e-STJ fls. 690/699).

No recurso especial, a recorrente aponta violação dos seguintes dispositivos legais, com as respectivas teses:

(i) art. 1.022, II, do Código de Processo Civil, ante a persistência de omissão apontada nos embargos de declaração rejeitados, em negativa de prestação jurisdicional;

(ii) arts. 13, II, da Lei nº 9.656/1998 e 422 do Código Civil, tendo em vista a legalidade da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, ocorrida sem a prévia notificação da beneficiária, que não possui relação empregatícia com a pessoa jurídica contratante;

(iii) art. 478 do Código Civil, visto que não comercializa modalidade de plano individual, a inviabilizar a disponibilização de apólice individual para o segurado quando do cancelamento unilateral da apólice coletiva;

(iv) arts. 186, 187, 188, inciso I, e 927 do Código Civil, porquanto não há falar em indenização a título de danos morais, considerando que o cancelamento do plano de saúde deu-se ante a fraude na contratação, e

(v) art. 944, parágrafo único, do Código Civil, tendo em vista ser exorbitante o *quantum* arbitrado a título de dano moral.

Contrarrazões às e-STJ fls. 725/736.

O recurso especial foi inadmitido, dando ensejo à interposição do presente agravo.

Pela decisão de e-STJ fls. 792/793, foi determinada a conversão do agravo em recurso especial.

É o relatório.

VOTO

1. Da delimitação da controvérsia recursal

A controvérsia dos autos resume-se em definir se: (i) o acórdão padece de vício de nulidade por negativa de prestação jurisdicional; (ii) a inclusão da beneficiária no plano de saúde coletivo empresarial sem o preenchimento dos requisitos de elegibilidade caracteriza contratação equiparável à individual ou familiar, apta a obstar a rescisão unilateral imotivada; (iii) lícita a rescisão unilateral, fundada em fraude na contratação; (iv) há obrigatoriedade de disponibilização de apólice individual para o segurado quando do cancelamento unilateral da apólice coletiva; (v) há configuração de danos morais indenizáveis; e (vi) há proporcionalidade do *quantum* arbitrado a título de danos morais.

A insurgência merece parcialmente prosperar.

2. Breve histórico da demanda

Trata-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., com fundamento no artigo 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra o acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios.

Extraí-se dos autos que MARIA LÍGIA PEREIRA ANDRADE DE MACÊDO ajuizou ação declaratória de nulidade contratual, com pedido de repetição de indébito, cumulada com obrigação de fazer e indenização por dano moral em desfavor de AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., PLANOS CORRETORA DE SEGUROS LTDA. e MASTER BRASIL COBRANÇAS LTDA. ME., objetivando, no que interessa, o restabelecimento do seu plano de saúde.

O magistrado de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos formulados, para determinar a primeira ré o restabelecimento do plano de saúde da autora nos moldes originalmente contratados, ao fundamento de que não há, nos autos, elementos aptos a demonstrar a participação da parte autora na invocada fraude deflagrada, situação a afastar a licitude da rescisão unilateral promovida pela operadora de plano de saúde.

Inconformada, AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. interpôs recurso de apelação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Alegou o desacerto da sentença primeva, sob o argumento de ser legítima a rescisão unilateral do contrato firmado entre as partes, diante da existência de fraude na contratação.

O apelo da operadora de plano de saúde não foi provido. O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. AUSÊNCIA DAS CONDIÇÕES ELEGIBILIDADE. CONTRATAÇÃO FRAUDULENTA. VÍNCULO DIRETO E INDIVIDUAL. DANO MORAL. VALOR. MANUTENÇÃO.

1. Compete à operadora do plano de saúde a aferição das condições de elegibilidade dos usuários do plano de saúde coletivo por adesão.

2. Ausente as condições de elegibilidade, deve a operadora do plano de saúde estabelecer vínculo direto e individual com o beneficiário, em aplicação ao disposto no artigo 32 da Resolução Normativa ANS 195/2009, sobretudo quando evidenciada a ausência de má-fé do segurado.
3. Constitui dano moral a recusa de cobertura securitária motivada pelo cancelamento ilegal da contratação, deixando o aderente desassistido, especialmente em se tratando de pessoa idosa (74 anos). Foi mantido o valor da indenização fixado na r. sentença: R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).
4. Negou-se provimento ao apelo da 3ª ré e deu-se provimento ao apelo da autora" (e-STJ fls. 637/659).

Opostos embargos de declaração, foram rejeitados (e-STJ fls. 690/699).
Sobreveio o recurso especial.

3. Da negativa de prestação jurisdicional

Inicialmente, a recorrente suscita omissão do acórdão recorrido, relativamente aos *"indícios de fraude no contrato realizado, sendo legítimo o cancelamento do contrato"* (e-STJ fl. 705).

Todavia, o Tribunal estadual foi cristalino ao apontar que:

"(...) a parte ré não indicou que tenha tomado qualquer cuidado mínimo com a contratação, à míngua de qualquer indicação que tenha exigido cópias da carteira de trabalho do beneficiário, bem como de seu documento de identidade, e/ou que eventuais documentos que lhe tenham sido apresentados fossem falsos. Não foi indicado que tenha sido exigido qualquer tipo de comprovação dos dados utilizados na contratação. Em que pese a análise posterior de que tenha ocorrido fraude na contratação, o que daria ensejo ao cancelamento, a verificação da elegibilidade deve ocorrer de forma prévia ao ingresso, e no caso, como ocorreu já com o contrato em execução, é caso da aplicação do art. 32, da RN n. 195/2009, acima citado, e não do cancelamento. Da forma como foi feito, foi frustrada justa expectativa da autora. O cancelamento, portanto, foi ilícito" (e-STJ fls. 695/697).

Assim, a matéria foi sobejamente enfrentada pela Corte estadual, conquanto em sentido contrário aos interesses da recorrente, o que não se confunde com negativa de prestação jurisdicional.

Não se vislumbra, portanto, omissão na fundamentação do acórdão impugnado, que solucionou fundamentadamente a causa, ainda que sob perspectiva diversa da pretendida pela ora recorrente.

Em verdade, a pretensão cinge-se a promover o rejugamento do feito, o que refoge às hipóteses de cabimento dos embargos de declaração.

4. Da equiparação do contrato firmado a contrato individual ou familiar

Afastada a suscitada afronta ao art. 1.022, II, do Código de Processo Civil, no mérito, discute-se nos autos se a inclusão da beneficiária no plano de saúde coletivo empresarial sem o preenchimento dos requisitos de elegibilidade caracteriza contratação equiparável à individual ou familiar, apta a obstar a rescisão unilateral imotivada.

Extraí-se do acórdão recorrido que a parte autora, beneficiária de plano de saúde coletivo empresarial fornecido pela recorrente, teve seu contrato cancelado por não estarem preenchidas as condições de elegibilidade, notadamente a inexistência de vínculo empregatício com a empresa contratante.

A Resolução Normativa nº 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da contratação, estabelecia, em seus arts. 5º e 9º, os requisitos de elegibilidade para ingresso em planos coletivos.

E, consoante o art. 9º, §§ 3º e 4º, da RN ANS 195/2009, a verificação da condição de elegibilidade do beneficiário incumbia tanto à administradora de benefícios quanto à operadora do plano de assistência à saúde.

O descumprimento de tais requisitos implicava, nos termos do art. 32 da referida norma, o reconhecimento de vínculo individual entre o beneficiário e a operadora, conforme a seguinte redação:

"Art. 32. O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar."

Na espécie, o Tribunal de origem consignou a inexistência de provas quanto ao vínculo empregatício da parte autora com a empresa contratante, tampouco de elementos que indiquem ter sido exigida a comprovação de tal condição como requisito para adesão ao plano. Ainda assim, a operadora de plano de saúde formalizou a contratação.

Nessa toada, considerada a inclusão da parte autora em contrato coletivo sem o atendimento dos critérios de elegibilidade, evidencia-se a formação de relação jurídica equiparável à contratação individual ou familiar firmada diretamente com a operadora, a atrair, por conseguinte, a incidência das normas que regem tal modalidade contratual, inclusive quanto à vedação à rescisão unilateral imotivada.

5. Da legalidade da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde

Estabelecido que o plano de saúde coletivo objeto dos presentes autos equipara-se, por expressa previsão regulamentar, à contratação individual ou familiar, insta ressaltar que o art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 veda a resolução unilateral do contrato, salvo nos casos de fraude ou inadimplência.

Nessa perspectiva, a questão jurídica central cinge-se à análise da legalidade da rescisão unilateral, fundada, segundo a operadora, em omissão fraudulenta da empregadora contratante quanto à existência de vínculo empregatício dos beneficiários, bem como na má-fé da beneficiária, a qual teria ciência de não integrar aos quadros da empresa.

Quanto ao tópico, destaca que *"a recorrida assumiu o risco de cancelamento do plano de saúde quando agiu de má-fé por não estar empregado na empresa contratante do plano, em evidente conduta fraudulenta"* (e-STJ fl. 709).

Pondera a ocorrência de *"omissão intencional por parte da recorrida, uma vez que a mesma não era funcionária da empresa contratante do plano de saúde, motivo esse pelo qual não poderia fazer parte do contrato coletivo empresarial em comento"* (e-STJ fl. 709).

O Tribunal estadual, por sua vez, soberano na análise do conjunto fático-probatório, tendo por parâmetro as provas carreadas nos autos, consignou a inexistência de elementos hábeis a comprovar a participação ou ciência da contratante na conduta reputada ilícita.

Reproduza-se, por oportuno, trecho elucidativo do voto condutor:

"Não há elementos para afastar a boa-fé da autora, e nesses termos, sem a prova da má-fé, não há como lhes imputar comportamento contributivo para a concretização da fraude, de modo que devem ser entendidas como vítimas do evento danoso" (e-STJ fl. 649).

Delineado esse quadro, não há como promover reparos no acórdão, a fim de atestar a participação da beneficiária na fraude, sem o reexame dos fatos e das provas constantes nos autos, providência vedada nos termos da Súmula nº 7/STJ.

Fixada tal premissa - qual seja, a ausência de elementos probatórios suficientes que evidenciem a ciência ou o consentimento da contratante beneficiária quanto à conduta tida por ilícita -, cumpre destacar que a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde pela ocorrência de fraude, fundada no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, deve ser pautada em prova robusta, individualizada e inequívoca, sobretudo ante a gravosa consequência da supressão da assistência à saúde.

Afastada prova concreta e específica da prática de fraude por parte da recorrida, patente a responsabilidade da operadora, ainda que a contratação tenha sido intermediada por corretoras.

Sendo da operadora de plano de saúde a responsabilidade pela verificação da elegibilidade no momento da contratação, inadmissível que promova, posteriormente, a exclusão da beneficiária, sob o argumento de que não satisfaz os requisitos mínimos que a própria operadora se omitiu em apurar.

Tal dever de diligência, a ser exercido no momento da contratação, não foi observado pela operadora recorrente ao admitir a parte autora sem a devida comprovação do vínculo empregatício, requisito imprescindível para fazer jus ao contrato de plano de saúde empresarial.

6. Da impossibilidade de migração para plano individual ou familiar substitutivo do coletivo

Nota-se que a controvérsia quanto à impossibilidade de ofertar plano de saúde individual à beneficiária, visto que atua apenas no segmento de planos coletivos, com a consequente afronta ao art. 478 do Código Civil, não foi objeto de debate pelas instâncias ordinárias, nem sequer de modo implícito, e, a despeito da oposição de embargos de declaração, a questão supramencionada não foi trazida no bojo do recurso, não tendo a recorrente incitado o Tribunal de origem a se manifestar a respeito.

Por tal motivo, carece do indispensável prequestionamento, por se tratar de matéria não debatida na instância de origem, a impedir a análise por esta Corte Superior ante a incidência, por analogia, do óbice imposto pela Súmula nº 282/STF, sob pena de supressão de instância.

A propósito: *"a ausência de debate no acórdão recorrido quanto aos temas suscitados no recurso especial e sobre os quais não foram opostos embargos de declaração evidencia a falta de prequestionamento, incidindo o disposto na Súmula n. 282 do STF"* (AREsp 2.814.228/GO, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 12/5/2025, DJEN de 15/5/2025) e, ainda,

"o prequestionamento, ainda que implícito, exige manifestação expressa ou inequívoca do Tribunal de origem sobre os dispositivos legais invocados, o

que não ocorreu no presente caso em relação à maioria dos artigos alegadamente violados, incidindo, portanto, a Súmula n. 211 do STJ e, por analogia, a Súmula n. 282 do STF" (AgInt no AREsp 2.263.692/CE, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 5/5/2025, DJEN de 8/5/2025).

7. Da configuração de danos morais indenizáveis

Defende a ora recorrente que não há configuração de danos morais indenizáveis, considerando que o cancelamento do plano de saúde deu-se ante a fraude na contratação, a afastar *"ato ilícito violador de direito e causador de dano moral, capaz de ensejar a pleiteada indenização"* (e-STJ fl. 715).

Destaca que *"plenamente demonstrada a legalidade do cancelamento do contrato, pelo que não há que se falar em ato ilícito que possa gerar a indenização pretendida e indevidamente fixada"* (e-STJ fl. 714).

Tal pretensão foi afastada pelo tribunal de origem, ao assentar que a indevida resolução contratual ultrapassou o mero dissabor, tendo em vista o agravamento da aflição psicológica da beneficiária.

Transcreva-se trecho do voto condutor do julgado recorrido:

"Com o cancelamento indevido do contrato de assistência à saúde, a autora, idosa (74 anos), ficou desassistida, tendo sido recusada todas as tentativas de atendimento médico conforme reconhecido pela r. sentença, cujos argumentos acolho como razões de decidir:

'(...) No caso dos autos, é evidente que a conduta das rés deixou a autora ao desamparo, pelo que ficou descoberta de cobertura de saúde privada, em tese, mais eficiente que a cobertura pública, carente de estrutura completa para atendimento a todos, o que é de conhecimento público.

Fica evidente, também, a angústia sofrida pela autora, em razão das negativas de autorização para utilização do plano e o desenrolar de todos os fatos, eivados de ilicitude, apta a gerar-lhe abalo psicológico que desborda do mero dissabor do cotidiano.

O contexto fático-probatório dos autos demonstra a existência de ato ilícito praticado pelas requeridas, tanto em relação à intermediação fraudulenta de plano de saúde à requerente por parte da PLANOS e da MASTER, quanto ao cancelamento ilícito por parte da AMIL, frustrando a expectativa de contratação de plano de saúde, que decorre da própria finalidade da avença. Portanto, evidente a base fática para respaldar a compensação por danos morais (...)'.

Portanto, os danos suportados pela autora extrapolam o mero aborrecimento, impondo a consequente indenização" (e-STJ fls. 652/653).

Com efeito, não se desconhecem os percalços vivenciados diante da recusa de atendimento médico-hospitalar motivada pelo cancelamento indevido do contrato de plano de saúde, circunstância em que o beneficiário se sente tolhido dos meios necessários à preservação ou à melhoria de seu quadro clínico de saúde.

Entretanto, o mero inadimplemento contratual pela operadora do plano de saúde não gera, *per si*, reparação a título de danos morais, sendo imprescindível que a negativa de cobertura, com o consequente retardo no tratamento, ocasione danos irreversíveis aos direitos de personalidade do paciente.

É fundamental, para a configuração de danos morais, que a indenização esteja lastreada no agravamento relevante do quadro clínico do paciente ocasionado pela recusa, com risco concreto à sua incolumidade física.

Não há falar em lesão ao direito de personalidade, apta a justificar compensação por dano extrapatrimonial, a mera negativa de atendimento médico, nas hipóteses em que há dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual

atinente à resolução da avença, sobretudo nas situações em que há manutenção do vínculo contratual por força de tutela provisória, tal como na espécie vertente.

Nessa toada, em que pese o cancelamento indevido do contrato de plano de saúde ter ocasionado inequívoca frustração e dissabor à parte autora, os fatos delineados não extrapolam o âmbito do mero inadimplemento contratual resultante de interpretação divergente das cláusulas firmadas, afastando, por conseguinte, o cabimento de indenização por dano moral.

Assim, no ponto, o acórdão estadual merece reparos, a fim de afastar a condenação em danos morais.

8. Do dispositivo

Ante o exposto, conheço parcialmente do recurso especial e, nessa extensão, dou-lhe parcial provimento para afastar a condenação em danos morais.

Diante da sucumbência recíproca, redistribuo os ônus sucumbenciais, devendo a parte recorrente arcar com 70% (setenta por cento) das custas processuais e honorários advocatícios, arbitrados em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, e a parte recorrida com 30% (trinta por cento), observada a gratuidade da justiça, se for o caso.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2021/0322304-7

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.216.966 / DF

Números Origem: 07099893020188070020 7099893020188070020

PAUTA: 19/08/2025

JULGADO: 19/08/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. MARIA SOARES CAMELO CORDIOLI

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

ADVOGADO : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892

RECORRIDO : MARIA LIGIA PEREIRA DE ANDRADE MACEDO

ADVOGADO : KELLY DE SOUZA CORDEIRO - DF020087

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - Planos de saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A TERCEIRA TURMA, por unanimidade, conheceu em parte do recurso especial e, nessa extensão, deu-lhe parcial provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi e Humberto Martins (Presidente) votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, a Sra. Ministra Daniela Teixeira.