



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1967744 - DF (2021/0326944-9)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
RECORRENTE : PALOMA BURGO SANTOS
ADVOGADA : PALOMA BURGO SANTOS (EM CAUSA PRÓPRIA) - GO058289
RECORRIDO : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
CAMILLA DIAS GOMES LOPES DOS SANTOS - DF056709

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ROL DA ANS. COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. DANOS MORAIS. RECURSO PROVIDO.

I. Caso em exame

1. Recurso especial interposto contra acórdão do TJDF que reformou sentença de procedência em ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos morais, ajuizada por beneficiária de plano de saúde, visando à cobertura de procedimento cirúrgico para implante de lentes fáticas e correção a *laser* da córnea, indicado por médico assistente.

2. A sentença de primeiro grau determinou que a operadora de plano de saúde autorizasse e custeasse o procedimento, sob pena de multa diária, e condenou-a ao pagamento de R\$ 3.000,00 por danos morais, considerando abusiva a negativa de cobertura com base no rol da ANS.

3. O acórdão recorrido, por maioria, deu provimento ao recurso da operadora, julgando improcedentes os pedidos da autora, sob o fundamento de que o rol da ANS possui natureza taxativa e que a negativa de cobertura não enseja reparação por danos morais.

II. Questão em discussão

4. Há duas questões em discussão: (I) saber se a negativa de cobertura de procedimento médico necessário, indicado por profissional habilitado, com base na ausência do procedimento no rol da ANS, é abusiva; e (II) saber se a negativa de cobertura enseja reparação por danos morais.

III. Razões de decidir

5. O rol da ANS, embora seja em regra taxativo, admite cobertura de procedimentos não previstos, desde que atendidos critérios técnicos, como eficácia comprovada à luz da medicina baseada em evidências e recomendação de órgãos técnicos de renome, conforme jurisprudência do STJ e nova redação da Lei 9.656/98.

6. A negativa de cobertura de procedimento médico necessário, indicado por profissional habilitado, viola os arts. 47 e 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor, ao conferir interpretação desfavorável ao consumidor e desvirtuar a finalidade do contrato de assistência à saúde.

7. A recusa indevida ou injustificada pela operadora de plano de saúde em autorizar tratamento médico necessário enseja reparação por danos morais, por agravar a situação de aflição psicológica e angústia do beneficiário, conforme precedentes do STJ.

8. No caso concreto, o procedimento indicado era necessário para o restabelecimento da saúde da autora, e a negativa de cobertura foi abusiva, justificando a condenação por danos morais no valor fixado pela instância ordinária.

IV. Dispositivo

9. Recurso provido para restabelecer os termos da sentença de primeira instância.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 14/10/2025 a 20/10/2025, por unanimidade, conhecer do recurso e lhe dar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 27 de outubro de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1967744 - DF (2021/0326944-9)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
RECORRENTE : PALOMA BURGO SANTOS
ADVOGADA : PALOMA BURGO SANTOS (EM CAUSA PRÓPRIA) - GO058289
RECORRIDO : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892
CAMILLA DIAS GOMES LOPES DOS SANTOS - DF056709

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ROL DA ANS. COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO. DANOS MORAIS. RECURSO PROVIDO.

I. Caso em exame

1. Recurso especial interposto contra acórdão do TJDF que reformou sentença de procedência em ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos morais, ajuizada por beneficiária de plano de saúde, visando à cobertura de procedimento cirúrgico para implante de lentes fáticas e correção a *laser* da córnea, indicado por médico assistente.
2. A sentença de primeiro grau determinou que a operadora de plano de saúde autorizasse e custeasse o procedimento, sob pena de multa diária, e condenou-a ao pagamento de R\$ 3.000,00 por danos morais, considerando abusiva a negativa de cobertura com base no rol da ANS.
3. O acórdão recorrido, por maioria, deu provimento ao recurso da operadora, julgando improcedentes os pedidos da autora, sob o fundamento de que o rol da ANS possui natureza taxativa e que a negativa de cobertura não enseja reparação por danos morais.

II. Questão em discussão

4. Há duas questões em discussão: (I) saber se a negativa de cobertura de procedimento médico necessário, indicado por profissional habilitado, com base na ausência do procedimento no rol da ANS, é abusiva; e (II) saber se a negativa de cobertura enseja reparação por danos morais.

III. Razões de decidir

5. O rol da ANS, embora seja em regra taxativo, admite cobertura de procedimentos não previstos, desde que atendidos critérios técnicos, como eficácia comprovada à luz da medicina baseada em evidências e recomendação de órgãos técnicos de renome, conforme jurisprudência do STJ e nova redação da Lei 9.656/98.

6. A negativa de cobertura de procedimento médico necessário, indicado por profissional habilitado, viola os arts. 47 e 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor, ao conferir interpretação desfavorável ao consumidor e desvirtuar a finalidade do contrato de assistência à saúde.

7. A recusa indevida ou injustificada pela operadora de plano de saúde em autorizar tratamento médico necessário enseja reparação por danos morais, por agravar a situação de aflição psicológica e angústia do beneficiário, conforme precedentes do STJ.

8. No caso concreto, o procedimento indicado era necessário para o restabelecimento da saúde da autora, e a negativa de cobertura foi abusiva, justificando a condenação por danos morais no valor fixado pela instância ordinária.

IV. Dispositivo

9. Recurso provido para restabelecer os termos da sentença de primeira instância.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial de PALOMA BURGO SANTOS, interposto com fulcro nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra decisão do eg. Tribunal de Justiça do Distrito Federal, prolatada em acórdão com a seguinte ementa (e-STJ, fls. 329-341):

"APELAÇÃO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. LENTE INTRAOCULAR. MIOPIA E ASTIGMATISMO. NEGATIVA DE COBERTURA. ROL DA ANS. INSUMO NÃO CONTEMPLADO EM LEI NEM EM CONTRATO. LENTE INTRAOCULAR. INSUFICIÊNCIA REFRACTÁRIA. MIOPIA. FUNÇÃO SOCIAL DOS CONTRATOS. OBSERVÂNCIA. NÃO SUBVERSÃO DA FUNÇÃO SOCIAL. 1. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano/seguro de saúde, exceto os de autogestão (STJ, Súmula nº 608). 2. Em decorrência do indiscriminado fornecimento de tratamentos, que a operadora/seguradora de saúde não se obrigou a custear, há um aumento do prêmio/mensalidade pago pelo segurado/usuário, fazendo com que outros usuários paguem também valores exorbitantes por procedimentos que nunca utilizariam. 3. Não são todas as terapêuticas/insumos que devem ser autorizadas/custeadas por operadora do plano/seguro de saúde somente porque recomendados por médico assistente, sob pena de sujeitar o setor de saúde suplementar a um verdadeiro caos econômico. 4. A negativa da operadora de saúde de disponibilizar insumo prescrito por médico pode ter justificativa lícita quando a cobertura não estiver contemplada em lei nem no contrato. 5. Os contratos devem observar sua função social (CC, art. 422) e, nos termos do art. 170 da Constituição Federal, a ordem econômica também tem por objetivo assegurar a todos a existência digna, conforme os ditames da justiça social. 6. O rol de

procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem natureza taxativa, segundo o novo entendimento do STJ (Overruling) proferido no REsp nº 1.733.013/PR. Mesmo havendo divergência sobre a taxatividade ou não das normas da ANS, não há dúvida de que a disponibilização de lente intraocular para correção de insuficiência refratária (miopia e astigmatismo) não está contemplada em lei nem em contrato. 7. “Os tratamentos estritos do astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbiopia e ceratocone por meio de implante de lentes intraoculares não constam no rol vigente; portanto, não possuem cobertura obrigatória”, sendo legítima a recusa de fornecimento dos insumos necessários. 8. Recurso da ré conhecido e provido. Recurso da autora prejudicado.”

Os embargos de declaração opostos pela ora recorrente (e-STJ, fls. 343-349) foram rejeitados (e-STJ, fls. 361-366).

Em seu recurso especial (e-STJ, fls. 368-367), além de dissídio jurisprudencial, o recorrente alega violação dos seguintes dispositivos de lei federal:

(i) arts. 47 e 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor, sob o fundamento de que o acórdão recorrido teria conferido interpretação desfavorável ao consumidor ao negar cobertura de procedimento médico necessário, sob o argumento de ausência no rol da ANS, o qual seria exemplificativo, violando a boa-fé e colocando o consumidor em desvantagem exagerada, e que a cláusula contratual que excluiria a cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS seria abusiva, ao limitar o acesso do consumidor a tratamentos adequados e desvirtuar a finalidade do contrato de assistência à saúde;

(ii) arts. 17 e 924, II, do Código de Processo Civil, pois a UNIMED teria cumprido voluntariamente a obrigação de fazer, tornando sem objeto o recurso quanto a essa obrigação, mas o acórdão recorrido não teria reconhecido a perda do interesse recursal da operadora;

(iii) Resolução Normativa nº 319 da ANS, pois a operadora de plano de saúde não teria fornecido justificativa escrita para a negativa de cobertura, em descumprimento à norma que exige clareza e fundamentação na comunicação ao beneficiário;

(iv) o acórdão recorrido teria dissentido de jurisprudência do STJ, pois a negativa de cobertura de procedimento médico necessário, diagnosticado por profissional habilitado, teria sido abusiva, ensejando reparação por danos morais, conforme precedentes que reconhecem o impacto psicológico e a aflição causados ao consumidor.

Contrarrazões ofertadas (e-STJ fls. 395-406).

Em juízo prévio de admissibilidade, o eg. TJDF admitiu o apelo nobre.

É o relatório.

VOTO

Extrai-se dos autos que, na origem, Paloma Burgo Santos, acometida da enfermidade de alta miopia e astigmatismo, alegou que, devido à gravidade de sua condição ocular e à impossibilidade de realizar cirurgia refrativa por conta da espessura de sua córnea, necessitava de implante de lentes fáticas e complementação cirúrgica a *laser* na córnea. Diante da negativa de cobertura do procedimento pela Central Nacional Unimed, sob o argumento de que o

tratamento não constava no rol da ANS, a autora ajuizou ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos morais, em que formulou pretensão de autorização e custeio do procedimento cirúrgico.

A sentença proferida pela 4ª Vara Cível de Taguatinga julgou procedente o pedido da autora, determinando que a ré autorizasse e custeasse a cirurgia ocular, sob pena de multa diária, e condenando a operadora, ora recorrida, ao pagamento de R\$ 3.000,00 a título de danos morais. O Juízo de origem entendeu que a negativa de cobertura fora abusiva, considerando que o rol da ANS é meramente exemplificativo e que a indicação médica deve prevalecer, especialmente diante da gravidade do quadro clínico da autora e da necessidade do procedimento para o restabelecimento de sua saúde (e-STJ, fls. 234-237).

No julgamento do recurso de apelação, a Oitava Turma Cível do TJDF, por maioria, deu provimento ao recurso da ré, reformando a sentença para julgar improcedentes os pedidos da autora. O colegiado entendeu que o rol da ANS possui natureza taxativa, não havendo obrigatoriedade de cobertura para o procedimento pleiteado, e afastou a condenação por danos morais, considerando que o mero descumprimento contratual não enseja reparação extrapatrimonial. O recurso da autora foi julgado prejudicado (e-STJ, fls. 329-341).

A irrisignação merece prosperar.

Cinge-se a controvérsia em determinar se, no caso em exame, a pretensão de mérito deduzida, a saber, a determinar à operadora de plano de saúde autorizar e arcar com o procedimento cirúrgico para implante de lentes fáticas e correção a *laser* da córnea, por se tratar de hipótese além daquelas elencadas no rol da ANS, em ordem a que o procedimento seja coberto pelo plano de saúde.

No caso ora em exame, com relação à suposta violação à norma do art. 10, § 4º, da Lei 9.656/98, o Tribunal de origem afirmou que a negativa de autorização para a realização do referido procedimento, expressamente indicado por profissional médico, com fundamento em sua ausência no rol da ANS, deveria ser considerada como ato lícito, *in verbis* (e-STJ, fls. 341-342):

“ O implante de lente intraocular especial para correção parcial de miopia e de astigmatismo em paciente que já possuía essas insuficiências refratárias quando aderiu ao plano de saúde, não tem cobertura obrigatória. A única hipótese em que há obrigatoriedade de cobertura de lentes intraoculares é no caso de catarata, que não se confunde com o quadro da paciente. Não custa lembrar que o preço dos planos de saúde é fixado a partir de cálculo atuarial que inclui procedimentos obrigatórios e facultativos. A inclusão de cobertura de procedimento facultativo, sem previsão contratual, por mera liberalidade do Juiz, compromete toda a estrutura do sistema de saúde suplementar, pondo em risco, inclusive, a sobrevivência de operadoras e seguradoras desse segmento. Não se trata, em sentido estrito, de urgência nem de emergência. A divergência instalada no STJ sobre o alcance das resoluções da ANS sobre o rol de cobertura ser taxativo ou exemplificativo não impede que se tenha, em casos como este, contenção para não ampliar, voluntariamente, o rol de cobertura, como se não houvesse limitações legais nem contratuais. A não ser assim, bastaria dizer que os Planos de Saúde, como ocorre com o SUS, devem assegurar a “integralidade” na cobertura devida aos seus clientes. Essa solução evitaria leis, resoluções da ANS, a própria ANS e processos neste Tribunal. Também não haveria planos de saúde.(...) Conheço e dou provimento ao recurso da ré para julgar improcedentes os pedidos. Julgo prejudicado o recurso da autora. Inverto a sucumbência e condeno a autora a pagar custas e honorários que fixo em 11% sobre o valor corrigido da causa.”

Acerca do rol da ANS, a Segunda Seção do STJ, por ocasião do julgamento dos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgados em 08.06.2022 , DJe de 09;06.2022), fixou as seguintes premissas, que devem orientar a análise da controvérsia acerca da cobertura de tratamentos médicos pelos planos de saúde:

- 1) o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo;
- 2) a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol;
- 3) é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol;
- 4) não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que: (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS."

Logo em seguida foi editada a Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022, que dispôs sobre a alteração da Lei 9.656/98 para prever a possibilidade de cobertura de tratamentos não contemplados pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, prevendo que o referido rol constitui apenas referência básica para os planos de saúde e que a cobertura de tratamentos que não estejam previstos no rol deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde quando cumprir pelo menos uma das condicionantes previstas na lei. Confirma-se, a propósito, a nova redação da Lei 9.656/98, *in verbis*:

"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 enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...) § 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 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:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

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."

Nesse cenário, conclui-se que tanto a nova redação da Lei dos Planos de Saúde quanto a jurisprudência do STJ admitem a cobertura de procedimentos ou medicamentos não previstos no rol da ANS, desde que amparada em critérios técnicos, devendo a necessidade ser analisada caso a caso.

Nesse contexto, é inequívoco que fundamentos jurídicos expressados no acórdão recorrido significaram irretrorquível violação às normas dos arts. 47 e 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor, no ponto em que conferiu interpretação desfavorável ao consumidor ao negar cobertura de procedimento médico - cirúrgico necessário, a despeito da demonstração de observância de expressa indicação médica, para hipóteses além daquelas elencadas no rol da ANS.

No que tange aos danos morais, a jurisprudência desta Corte se firmou no sentido de que *"a recusa indevida/injustificada, pela operadora de saúde, em autorizar a cobertura financeira para tratamento médico de urgência enseja reparação a título de danos morais, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia do beneficiário"* (AREsp 1.816.359/MA, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 20/3/2023, DJe de 24/3/2023).

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. ALEGAÇÕES GENÉRICAS. SÚMULA 284/STF. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. LIMITAÇÃO DE COBERTURA. RECUSA INJUSTICADA. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E ANGÚSTIA DO BENEFICIÁRIO. CIRCUNSTÂNCIAS DELIMITADAS NO JULGADO ESTADUAL. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO. ACÓRDÃO ESTADUAL EM HARMÔNIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. É deficiente a fundamentação do recurso especial em que a alegação de violação aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015 se faz de forma genérica, sem a demonstração exata dos pontos pelos quais o acórdão tornou-se omisso, contraditório ou obscuro. Aplica-se, na hipótese, o óbice da Súmula 284/STF.

2. Conforme a jurisprudência desta Corte, afigura-se abusiva a negativa, pelo plano de saúde, de fornecimento dos serviços de assistência médica nas situações de urgência ou emergência com base na cláusula de carência, caracterizando a indevida recusa de cobertura.

3. Outrossim, a recusa injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar tratamento médico emergencial enseja reparação a título de danos morais, porque agrava a situação de sofrimento psíquico do usuário, já abalado ante o estado debilitado da sua saúde.

4. Estando o acórdão recorrido em consonância com a jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, tem incidência a Súmula n. 83/STJ, aplicável por ambas as alíneas autorizadoras.

5. O mero não conhecimento ou a improcedência do agravo interno não enseja a necessária imposição da multa prevista no art. 1.021, § 4º, do CPC/2015, tornando-se imperioso para tal que seja nítido o descabimento do recurso, o que não se verifica no caso concreto.

6. Agravo interno desprovido. (AgInt no AgInt no AREsp n. 2.174.617/CE, Terceira Turma, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, julgado em 13/2/2023, DJe de 16/2/2023)

Dessa forma, o acórdão recorrido incidiu em dissídio jurisprudencial com o entendimento pacificado no âmbito desta Corte Superior, efetivamente demonstrado nos termos do art. 1.029 § 1º, do Código de Processo Civil, e 255 do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça.

Por fim, quanto ao valor da indenização, esta Corte Superior entende que, apenas em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrados na origem, será possível afastar o óbice da Súmula 7/STJ. No caso, mostra-se proporcional o *quantum* fixado pela instância ordinária, a título de danos morais, correspondente a R\$ 3.000,00 (três mil reais), não havendo que se falar em cominação exorbitante à recorrida em razão de recusa injustificada ou não fundamentada à realização do procedimento médico-cirúrgico objeto da pretensão.

Nessa mesma linha de intelecção:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO ARTIGO 1.022 DO CPC/2015. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAME DE SEQUENCIAMENTO DE EXOMA COMPLETO. RECUSA INDEVIDA. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR RAZOÁVEL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não se verifica a alegada violação do art. 1.022 do CPC/2015, na medida em que a eg. Corte Estadual dirimiu, fundamentadamente, as questões que lhe foram submetidas.

2. "A Segunda Seção desta Corte, no julgamento dos EREsp n.º 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgado aos 8/6/2022, reafirmou o dever da operadora do plano de saúde em custear, de forma ilimitada, as sessões de tratamento para os beneficiários com diagnóstico de 'Transtorno do Espectro Autista' (AgInt no AgInt no AREsp 1.696.364/SP, Relator Ministro MOURA RIBEIRO, Terceira Turma, julgado em 29/8/2022, DJe de 31/8/2022).

3. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura, por parte da operadora do plano de saúde, para o tratamento do segurado, causando-lhe abalo emocional, esta Corte Superior admite a caracterização de dano moral, não se tratando de mero aborrecimento. Precedentes.

4. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente pode ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da "recusa em autorizar o exame médico objeto da lide, em paciente, criança com 02 (dois) anos de idade, portadora de autismo" (e-STJ, fl. 540).

5. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 1.970.665/RJ, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 17/4/2023, DJe de 3/5/2023, g.n.)

Ante todo o exposto, conheço do recurso especial e dou-lhe provimento, para restabelecer em sua integralidade os termos da sentença de primeira instância.

Inverto os ônus da sucumbência e majoro os honorários advocatícios no percentual de 1% sobre o montante inicialmente fixado.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**REsp 1.967.744 / DF
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2021/0326944-9

Número de Origem:
07129588620208070007

Sessão Virtual de 14/10/2025 a 20/10/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : PALOMA BURGO SANTOS

ADVOGADA : PALOMA BURGO SANTOS (EM CAUSA PRÓPRIA) - GO058289

RECORRIDO : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL

ADVOGADOS : RENATO CHAGAS CORRÊA DA SILVA - DF045892

CAMILLA DIAS GOMES LOPES DOS SANTOS - DF056709

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE - TRATAMENTO
MÉDICO-HOSPITALAR

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 14/10/2025 a 20/10/2025, por unanimidade, decidiu conhecer do recurso e lhe dar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 20 de outubro de 2025