



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2043257 - PR(2022/0387688-4)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
RECORRENTE : UNIMED REGIONAL MARINGA - COOPERATIVA DE
TRABALHO MEDICO
ADVOGADOS : FABIO BITTENCOURT FERRAZ DE CAMARGO - PR052665
FERNANDO ROCHA NEVES - PR050183
RECORRIDO : ESTEVAM HENRIQUE DA SILVA
ADVOGADO : FLÁVIO REZENDE NEIVA - PR080031
INTERES. : HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA
INTERES. : SERASA S.A

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. DANO MORAL E MATERIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL. EXAME DÍMERO-D. ROL DA ANS. NATUREZA TAXATIVA. EXCEPCIONALIDADE. LEI 14.454/2022. NECESSIDADE DE ANÁLISE TÉCNICA. RETORNO DOS AUTOS À ORIGEM. RECURSO PROVIDO.

1. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça estabelece que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar possui natureza taxativa, em regra, desobrigando a operadora de custear tratamento não listado quando existe alternativa eficaz e segura já incorporada.
2. A cobertura de procedimentos não previstos no rol é admitida em caráter excepcional, desde que não haja substituto terapêutico no rol e sejam preenchidos requisitos técnicos, como a comprovação de eficácia baseada em evidências científicas e a existência de recomendações de órgãos técnicos de renome (CONITEC, NATJUS ou órgãos internacionais).
3. A Lei 14.454/2022, que alterou a Lei 9.656/1998, reforça que o rol da ANS constitui referência básica, prevendo que a cobertura de tratamentos extrarol deve ser autorizada quando demonstrada a eficácia científica ou a recomendação técnica.
4. O reconhecimento da índole abusiva da negativa, fundamentado exclusivamente na prerrogativa do médico assistente, sem a aferição dos requisitos técnicos de excepcionalidade definidos pela jurisprudência e pela legislação regente, impõe a nulidade do julgamento por carência de fundamentação técnica.
5. A impossibilidade de reexame de provas em sede de recurso especial (Súmula 7/STJ) determina o retorno dos autos à instância de origem para que se proceda ao novo julgamento da controvérsia sob a ótica dos critérios fixados nos EREsps nº 1.886.929/SP e nº 1.889.704/SP e na Lei 14.454/2022.
6. Recurso especial provido para cassar o acórdão e determinar o retorno dos autos ao Tribunal de origem.

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 28/04/2026 a 04/05/2026, 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, Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator.

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

Brasília, 04 de maio de 2026.

Ministro RAUL ARAÚJO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2043257 - PR(2022/0387688-4)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
RECORRENTE : UNIMED REGIONAL MARINGA - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
ADVOGADOS : FABIO BITTENCOURT FERRAZ DE CAMARGO - PR052665
FERNANDO ROCHA NEVES - PR050183
RECORRIDO : ESTEVAM HENRIQUE DA SILVA
ADVOGADO : FLÁVIO REZENDE NEIVA - PR080031
INTERES. : HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA
INTERES. : SERASA S.A

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. DANO MORAL E MATERIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA ASSISTENCIAL. EXAME DÍMERO-D. ROL DA ANS. NATUREZA TAXATIVA. EXCEPCIONALIDADE. LEI 14.454/2022. NECESSIDADE DE ANÁLISE TÉCNICA. RETORNO DOS AUTOS À ORIGEM. RECURSO PROVIDO.

1. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça estabelece que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar possui natureza taxativa, em regra, desobrigando a operadora de custear tratamento não listado quando existe alternativa eficaz e segura já incorporada.
2. A cobertura de procedimentos não previstos no rol é admitida em caráter excepcional, desde que não haja substituto terapêutico no rol e sejam preenchidos requisitos técnicos, como a comprovação de eficácia baseada em evidências científicas e a existência de recomendações de órgãos técnicos de renome (CONITEC, NATJUS ou órgãos internacionais).
3. A Lei 14.454/2022, que alterou a Lei 9.656/1998, reforça que o rol da ANS constitui referência básica, prevendo que a cobertura de tratamentos extrarol deve ser autorizada quando demonstrada a eficácia científica ou a recomendação técnica.
4. O reconhecimento da índole abusiva da negativa, fundamentado exclusivamente na prerrogativa do médico assistente, sem a aferição dos requisitos técnicos de excepcionalidade definidos pela jurisprudência e pela legislação regente, impõe a nulidade do julgamento por carência de fundamentação técnica.
5. A impossibilidade de reexame de provas em sede de recurso especial (Súmula 7/STJ) determina o retorno dos autos à instância de origem para que se proceda ao novo julgamento da controvérsia sob a ótica dos critérios fixados nos EREsps nº 1.886.929/SP e nº 1.889.704/SP e na Lei 14.454/2022.
6. Recurso especial provido para cassar o acórdão e determinar o retorno dos autos ao Tribunal de origem.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED REGIONAL MARINGÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, fundamentado no art. 105, III, “a” e “c”, da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo eg. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, assim ementado:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS COM PEDIDO LIMINAR. PLANO DE SAÚDE. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. PRELIMINAR DE IMPUGNAÇÃO À GRATUIDADE DA JUSTIÇA. DESPROVIMENTO. AUSÊNCIA DE PROVAS DE ALTERAÇÃO DA SITUAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA DO AUTOR. MÉRITO. COBERTURA DE EXAME. INDEFERIMENTO DE COBERTURA ABUSIVO. DANO MORAL. OCORRÊNCIA QUE DESBORDOU DO MERO DISSABOR COTIDIANO. QUANTUM INDENIZATÓRIO ADEQUADO AO CASO CONCRETO. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA QUE DEVE SER MANTIDA E FIXAÇÃO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.” (e-STJ, fls. 618 e 655)

Os embargos de declaração opostos pela recorrente foram acolhidos apenas para retificar o termo inicial dos juros de mora relativos ao dano moral (e-STJ, fls. 621 e 658).

Em seu recurso especial, a recorrente alega violação do seguinte dispositivo da legislação federal, com a respectiva tese:

(i) art. 105, III, “a” e “c”, da Constituição Federal, pois o acórdão recorrido teria contrariado lei federal (art. 10 da Lei 9.656/1998) e teria dado interpretação divergente da adotada por outros tribunais, notadamente desta Corte, sobre a taxatividade do rol da ANS e legitimidade da negativa de cobertura para a realização do exame, assim como a inexistência de dano moral em hipóteses de inadimplemento contratual sem circunstância excepcional e, subsidiariamente, pugnou pela redução do respectivo *quantum*.

Foram apresentadas contrarrazões (e-STJ, fls. 818-824).

É o relatório.

VOTO

Extraí-se dos autos que, na origem, o autor afirma possuir plano de saúde da Unimed desde 2015 e, após mal-estar em 07/05/2020, procura o pronto-socorro do Hospital do Coração, onde realiza o exame Dímero-D, acreditando haver cobertura contratual. Posteriormente, descobre protesto em seu nome, sem prévia comunicação, paga boleto encaminhado por escritório de cobrança indicado pela Unimed e sofre redução significativa de seu *score*, alegando que a inscrição não é retirada mesmo após o pagamento. Propõe ação de indenização por danos morais e materiais c/c pedido liminar contra o Hospital do Coração, Unimed e Serasa, requerendo exclusão imediata de seu nome dos cadastros de inadimplentes, repetição de indébito de R\$ 826,38 e compensação por danos morais de R\$ 20.000,00.

A sentença julga: (a) procedente a declaração de inexistência de dívida em nome do autor, com restituição do *score* a cargo do Serasa; (b) procedente a condenação da Unimed em

danos morais de R\$ 12.000,00, com correção posterior e juros de mora de 1% ao mês desde o fato, conforme Súmula 54 do Superior Tribunal de Justiça; (c) procedente a condenação da Unimed ao pagamento de R\$ 826,38 a título de danos materiais, com correção pelos índices oficiais (INPC/IGP-DI) e juros de 1% ao mês desde o desembolso; e (d) improcedentes os pedidos em face do Serasa e do Hospital do Coração. Fixa honorários de 10% do valor atualizado da causa aos patronos de Serasa e Hospital e condena a Unimed ao pagamento das custas e honorários de 10% sobre o valor da condenação, extinguindo o feito com resolução de mérito (art. 487, I, do CPC) - (e-STJ, fls. 508-515).

O acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, 8ª Câmara Cível, conhece e nega provimento à apelação da Unimed, rejeitando a preliminar de impugnação da gratuidade da justiça por ausência de prova de alteração da situação econômico-financeira do autor, mantendo a condenação por negativa abusiva de cobertura do exame e a indenização por danos morais em R\$ 12.000,00, além de majorar os honorários sucumbenciais para 12% sobre o valor da condenação. Registra que os embargos de declaração opostos pela Unimed foram acolhidos apenas para retificar o termo inicial dos juros de mora relativos ao dano moral (e-STJ, fls. 618-627).

A controvérsia jurídica central consiste em definir se é legítima a inscrição do nome do consumidor em cadastro de inadimplentes em razão da cobrança por serviços médicos supostamente não cobertos pelo plano de saúde - especificamente o exame Dímero-D, não previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS - indicado pelo médico assistente, bem como se tal negativação, fundada em débito controvertido, enseja o dever de indenizar por danos morais e materiais, à luz da legislação federal e da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça.

O Tribunal Estadual manteve a sentença de procedência, ao concluir que incumbe à operadora do plano de saúde assegurar a cobertura integral e sem limitação do procedimento prescrito pelo médico assistente (exame Dímero-D), mantendo, por conseguinte, a condenação da recorrente ao pagamento de indenização por danos materiais e morais.

A propósito, transcreve-se o seguinte trecho do v. acórdão:

“Sabe-se que até então o entendimento jurisprudencial dominante é o de que o rol de procedimentos da ANS não é taxativo, e sim meramente exemplificativo, trazendo conteúdo mínimo de cobertura obrigatória.

Contudo, em recentíssimo julgamento dos embargos de divergência nos Resp nº 188692-9/SP e REsp nº 1889704, em 08 de junho de 2022, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça decidiu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos da ANS, o que desobriga as operadoras de plano de saúde, em regra, a cobrirem tratamento e a fornecerem medicamentos não previstos na referida lista.

Entretanto, o colegiado ressaltou ser possível, em casos excepcionais, que as operadoras sejam compelidas a oferecer cobertura de eventos não previstos no rol, mediante o cumprimento de alguns requisitos, quais sejam, conforme se extrai da notícia divulgada pela Corte Superior:

- 1. não pode existir, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol;*
- 2. não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar;*

3. *haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências;*

4. *haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros;*

5. *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.*

No presente caso, infere-se dos autos que o autor demonstrou que necessitava da realização do exame “Dimero D”, por meio do pedido médico de mov. 1.7. Assim, há que se ponderar que, nada obstante os estudos realizados para definição do rol da ANS, o médico teve contato direto com o paciente, conhecendo, pois, a realidade da pessoa em quem o exame/procedimento seria realizado.

[...]

Portanto, havendo prescrição médica, considerando o dever de cobertura de exames para se apurar doença que acometia o autor, bem como diante da ausência de elementos que demonstrem a desnecessidade do procedimento é de rigor a manutenção da sentença no tocante ao dever de cobertura do procedimento. ”(e-STJ, fls. 661 - 663)

Irresignada, a operadora do plano de saúde interpôs recurso especial, sob o fundamento, em suma, de que não está obrigada a custear o procedimento, porque não consta no rol da ANS.

Quanto à questão de fundo, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em julgamento de 8/6/2022, firmou entendimento de que **o rol de procedimentos e eventos em saúde complementar é, em regra, taxativo, não sendo a operadora de plano ou seguro de saúde obrigada a custear procedimento ou terapia não listados**, se existe, para a cura do paciente, alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada (EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, DJe de 3/8/2022 – sem grifo no original).

Por ocasião do julgamento dos mencionados embargos de divergência, o órgão colegiado estabeleceu os seguintes parâmetros, os quais devem ser observados no julgamento do caso concreto:

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 a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol;

3 - 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 indeferida 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.

Todavia, verifica-se que, no caso em análise, o julgamento da instância ordinária não avançou na aferição do preenchimento dos requisitos acima elencados, limitando-se a reputar abusiva a restrição imposta, sob o fundamento de que a escolha do tratamento do paciente constitui prerrogativa do profissional médico.

Em face disso, considerando a impossibilidade de reexame das cláusulas contratuais e da base fático-probatória, em virtude dos óbices das Súmulas 5 e 7/STJ, necessário que os autos retornem à instância originária, de modo a possibilitar a análise de tais elementos e a exigência de produção de outras provas, para que se realize novo julgamento à luz da tese firmada pela Segunda Seção desta Corte Superior

Outrossim, sobreveio a edição da 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, consignando 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.

Confira-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."* (destacou-se)**

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

Ilustrativamente:

RECURSO ESPECIAL. DIREITO PROCESSUAL CIVIL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO NÃO INCLUÍDO NO ROL DA ANS. CRITÉRIOS LEGAIS E JURISPRUDENCIAIS. LEI 14.454/2022. NECESSIDADE DE ANÁLISE DOS CRITÉRIOS TÉCNICOS E DE REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. RECURSO PROVIDO PARA DETERMINAR O RETORNO DOS AUTOS À ORIGEM.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão do Tribunal de Justiça que manteve a obrigação de custear exame de Tomografia de Coerência Óptica Monocular, não previsto no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob o fundamento de que os planos de saúde não podem limitar o tipo de tratamento prescrito pelo médico.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há três questões em discussão: (I) saber se há negativa de prestação jurisdicional por omissão no enfrentamento do art. 10, § 4º, da Lei 9.656/98 e da taxatividade do rol da ANS;

(II) saber se a ausência de previsão do exame no rol da ANS autoriza a negativa de cobertura pela operadora; (III) saber se é válida a cláusula contratual que restringe o tratamento indicado pelo médico assistente, com base na legislação setorial e no CDC.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, embora não seja taxativo em sentido absoluto após a Lei 14.454/2022, constitui a referência básica para a cobertura dos planos privados de assistência à saúde.

4. Admite-se a cobertura de tratamento ou procedimento não previsto no rol da ANS, desde que preenchidos os requisitos técnicos objetivos inseridos no art. 10, § 13, da Lei 9.656/98, a saber: comprovação de eficácia à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico, ou recomendação pela CONITEC ou por órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional.

5. A jurisprudência do STJ, firmada nos EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, reconhece a possibilidade de relativização da taxatividade do rol da ANS em hipóteses excepcionais, quando verificada a imprescindibilidade terapêutica mediante critérios técnicos.

6. O acórdão recorrido se pautava apenas no entendimento de que a limitação do tratamento não cabe à operadora, mas sim ao médico assistente, sem examinar os requisitos técnicos trazidos pela Lei 14.454/2022 e pela Segunda Seção do STJ, o que impede o deslinde da controvérsia pela Corte Superior.

7. O retorno dos autos à instância de origem é imperioso para que se proceda à análise fática e técnica do preenchimento das condicionantes legais e jurisprudenciais que autorizam a cobertura excepcional.

IV. DISPOSITIVO

8. Recurso especial provido para cassar o acórdão e determinar o retorno dos autos ao Tribunal de origem.

(REsp n. 2.049.046/RS, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 3/11/2025, DJEN de 10/11/2025.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. APLICAÇÃO DE PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO DE ORIGEM. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Com efeito, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em julgamento de 8/6/2022, firmou entendimento no sentido de que o rol de procedimentos e eventos em saúde complementar é, em regra, taxativo, não sendo a operadora de plano ou seguro de saúde obrigada a custear procedimento ou terapia não listados, se existe, para a cura do paciente,

alternativa eficaz, efetiva e segura já incorporada (EREsps n. 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, DJe de 3/8/2022 ? sem grifo no original).

2. Diante da impossibilidade do reexame das cláusulas contratuais e dos demais elementos fático-probatórios, em virtude dos óbices das Súmulas 5 e 7 do STJ, necessário que os autos retornem à instância originária de modo a possibilitar o reexame dos elementos dos autos, a fim de que se realize novo julgamento à luz da tese firmada pela Segunda Seção desta Corte Superior.

3. "Mantém-se a jurisprudência da Segunda Seção do STJ, que uniformizou a interpretação da legislação da época, devendo incidir aos casos regidos pelas normas que vigoravam quando da ocorrência dos fatos, podendo a nova lei incidir, a partir de sua vigência, aos fatos daí sucedidos". (REsp n. 2.037.616/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, relator para acórdão Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 24/4/2024, DJe de 8/5/2024.)

*4. Agravo interno improvido.
*

(AgInt no AREsp n. 2.538.296/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 2/9/2024, DJe de 4/9/2024.)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. DEVER DE COBERTURA. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO VERIFICAÇÃO. NECESSIDADE DE AVERIGUAÇÃO DAS PECULIARIDADES DO CASO CONCRETO. RETORNO DOS AUTOS AO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE ORIGEM PARA APLICAÇÃO DO NOVEL ENTENDIMENTO DO STJ SOBRE A MATÉRIA. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional quando o órgão judicante aprecia de maneira adequada e suficiente todos os temas suscitados pela parte e influentes para o resultado do julgamento.

2. A Segunda Seção, ao julgar os EREsp 1.889.704/SP e os EREsp 1.886.929/SP, estabeleceu a seguinte tese, com a ressalva do meu entendimento pessoal: 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 a 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.

3. Em 22/9/2022, entrou em vigor a Lei n.º 14.454/2022, que reafirmou a natureza exemplificativa do rol da ANS, estabelecendo, no § 13 do art. 10 da Lei n.º 9.656/1998, as condições para a cobertura obrigatória, pelas operadoras de planos de saúde, de procedimentos e eventos não listados naquele rol, a saber: 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, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

4. Em virtude do óbice da Súmula n.º 7 do STJ - que impede a análise, por esta Corte, do contexto fático-probatório -, forçoso determinar o retorno do processo ao Tribunal de origem, a fim de que, a partir do reexame dos elementos dos autos, realize novo julgamento da apelação, considerando o precedente da Segunda Seção e a superveniência da Lei n.º 14.454/2022.

5. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

*6. Agravo interno não provido.
*

(AgInt nos EDcl no REsp n. 2.074.055/DF, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 29/4/2024, DJe de 2/5/2024.)

Ante o exposto, dou provimento ao recurso especial para determinar o retorno dos autos ao Tribunal de origem, a fim de que examine a controvérsia à luz das disposições legais pertinentes, conforme os critérios estabelecidos pela Segunda Seção nos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP e pela Lei 14.454/2022.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

REsp 2.043.257 / PR
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2022/0387688-4

Número de Origem:

00034842820218160014 000348428202181600141 000348428202181600143
000348428202181600148 34842820218160014 348428202181600141 348428202181600143
348428202181600148

Sessão Virtual de 28/04/2026 a 04/05/2026

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 : UNIMED REGIONAL MARINGA - COOPERATIVA DE TRABALHO
MEDICO

ADVOGADOS : FABIO BITTENCOURT FERRAZ DE CAMARGO - PR052665
FERNANDO ROCHA NEVES - PR050183

RECORRIDO : ESTEVAM HENRIQUE DA SILVA

ADVOGADO : FLÁVIO REZENDE NEIVA - PR080031

INTERES. : HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA

INTERES. : SERASA S.A

ASSUNTO : DIREITO DO CONSUMIDOR - RESPONSABILIDADE DO FORNECEDOR -
INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL - INCLUSÃO INDEVIDA EM
CADASTRO DE INADIMPLENTES

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 28/04/2026 a 04/05/2026, 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, Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 04 de maio de 2026