



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2046992 - SP (2023/0005617-8)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
RECORRENTE : UNIMED DE BAURU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO : GEORGE FARAH - SP152644
RECORRIDO : LARA TALARICO DE SOUZA
ADVOGADOS : LUIZ FERNANDO MAIA - SP067217
ANA ROSA DA SILVA PEREIRA - SP171366
LUIZ AUGUSTO ALMEIDA MAIA - SP239166
NATALIA GREATTI - SP294393

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PROCEDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. ROL DA ANS. RECURSO IMPROVIDO.

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão que manteve sentença de procedência em ação de obrigação de fazer cumulada com indenização, determinando o custeio integral de procedimento cirúrgico fora da rede credenciada e o reembolso de despesas realizadas pela autora, portadora de endometriose profunda.
2. O Tribunal de origem concluiu, com base no conjunto fático-probatório, que o procedimento cirúrgico indicado era essencial para resguardar a saúde da autora, sendo abusiva a negativa de cobertura pela operadora.
3. O rol da ANS pode ser mitigado em casos excepcionais, conforme entendimento uniformizado pela Segunda Seção do STJ nos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP.
4. A negativa de cobertura, fundamentada na ausência de previsão contratual e no rol da ANS, foi considerada abusiva, pois a operadora não demonstrou possuir rede credenciada apta a realizar o procedimento necessário.
5. A análise do caso concreto demandaria revolvimento de provas e reexame de cláusulas contratuais, o que encontra óbice nas Súmulas 7 e 5 do STJ.
6. Recurso improvido.

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 mas lhe negar 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 2046992 - SP (2023/0005617-8)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
RECORRENTE : UNIMED DE BAURU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADO : GEORGE FARAH - SP152644
RECORRIDO : LARA TALARICO DE SOUZA
ADVOGADOS : LUIZ FERNANDO MAIA - SP067217
ANA ROSA DA SILVA PEREIRA - SP171366
LUIZ AUGUSTO ALMEIDA MAIA - SP239166
NATALIA GREATTI - SP294393

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PROCEDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. ROL DA ANS. RECURSO IMPROVIDO.

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão que manteve sentença de procedência em ação de obrigação de fazer cumulada com indenização, determinando o custeio integral de procedimento cirúrgico fora da rede credenciada e o reembolso de despesas realizadas pela autora, portadora de endometriose profunda.
2. O Tribunal de origem concluiu, com base no conjunto fático-probatório, que o procedimento cirúrgico indicado era essencial para resguardar a saúde da autora, sendo abusiva a negativa de cobertura pela operadora.
3. O rol da ANS pode ser mitigado em casos excepcionais, conforme entendimento uniformizado pela Segunda Seção do STJ nos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP.
4. A negativa de cobertura, fundamentada na ausência de previsão contratual e no rol da ANS, foi considerada abusiva, pois a operadora não demonstrou possuir rede credenciada apta a realizar o procedimento necessário.
5. A análise do caso concreto demandaria revolvimento de provas e reexame de cláusulas contratuais, o que encontra óbice nas Súmulas 7 e 5 do STJ.
6. Recurso improvido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial de UNIMED DE BAURU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, interposto com fulcro nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra decisão do eg. Tribunal de Justiça de São Paulo, prolatada em acórdão com a seguinte ementa (e-STJ, fls. 486-492):

PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C. C. INDENIZAÇÃO. ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO DE VÁRIAS REGIÕES DO CORPO. CIRURGIA MULTIDISCIPLINAR DE ALTA COMPLEXIDADE. Ausência de capacidade da rede técnica ofertada para o procedimento cirúrgico. Negativa de cobertura ao tratamento fora da área de abrangência. Abusividade configurada. Irrelevância do procedimento não constar do rol da ANS. Desequilíbrio contratual configurado. Súmula 102, deste Eg. Tribunal de Justiça. Cobertura e reembolso devidos. Sentença de procedência mantida. RECURSO DA OPERADORA DE SAÚDE IMPROVIDO.

Extrai-se dos autos que, na origem, a parte autora, beneficiária de plano de saúde administrado pela Unimed Bauru, alegou ser portadora de endometriose profunda, com progressão rápida e acometimento de diversas regiões do corpo. Após a realização de uma cirurgia inicial em 2020, que se mostrou ineficaz, foi-lhe indicada nova intervenção cirúrgica de alta complexidade, a ser realizada por equipe multidisciplinar em São Paulo. Diante da negativa da operadora de saúde em custear o procedimento fora da rede credenciada, sob alegação de ausência de previsão contratual e no rol da ANS, a autora propôs ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de ressarcimento, pleiteando a cobertura integral do tratamento e o reembolso de despesas no valor de R\$ 3.540,00.

A sentença proferida pelo Juízo de 1º grau julgou procedente o pedido, condenando a Unimed Bauru a custear integralmente o procedimento cirúrgico realizado pela autora fora da rede credenciada, bem como a reembolsar o valor de R\$ 3.540,00, acrescido de juros e correção monetária. O magistrado fundamentou que a negativa de cobertura foi abusiva, considerando a incapacidade técnica da rede credenciada para realizar o procedimento necessário e a irrelevância de o tratamento não constar no rol da ANS, em conformidade com a Súmula 102 do TJSP. Além disso, a operadora foi condenada ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 20% do valor da causa (e-STJ, fls. 429-433).

No julgamento do recurso de apelação interposto pela Unimed Bauru, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo manteve integralmente a sentença. O acórdão destacou que a negativa de cobertura foi abusiva, uma vez que a operadora não demonstrou possuir rede credenciada apta a realizar o procedimento indicado, sendo legítima a quebra das cláusulas de territorialidade e pessoalidade. Reafirmou-se que o rol da ANS não é taxativo e que cabe ao médico assistente determinar o tratamento mais adequado. Assim, foi confirmada a obrigação de custeio do tratamento fora da rede credenciada e o reembolso das despesas realizadas pela autora (e-STJ, fls. 486-492).

Em seu recurso especial (e-STJ, fls. 494-515), a parte recorrente, além do dissídio jurisprudencial, alega violação dos seguintes dispositivos de lei federal, com as respectivas teses:

(i) arts. 16, inciso X, e 19, §3º, incisos VI, VIII e IX, da Lei 9.656/98, pois teria havido afronta ao princípio da territorialidade, ao impor à recorrente o custeio de tratamento eletivo realizado fora da área de abrangência contratada e em desacordo com a rede credenciada, contrariando as limitações geográficas e contratuais previstas na legislação.

(ii) art. 12, inciso VI, da Lei 9.656/98, pois a decisão recorrida teria desconsiderado a previsão legal de reembolso limitado aos valores da tabela da operadora, ao condenar a recorrente ao custeio integral de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada, em valores particulares.

(iii) art. 35-G da Lei 9.656/98, pois teria sido aplicada de forma inadequada a legislação consumerista em detrimento da norma específica que regula os planos de saúde, desconsiderando que o Código de Defesa do Consumidor deveria ser aplicado apenas subsidiariamente, conforme previsto no referido artigo.

(iv) art. 10, §4º, da Lei 9.656/98 e art. 4º, inciso III, da Lei 9.961/00, pois a decisão recorrida teria desrespeitado a taxatividade do rol de procedimentos da ANS, ao impor à recorrente o custeio de procedimento não incluído no rol obrigatório, contrariando a regulamentação específica que delimita a cobertura assistencial.

Contrarrazões (e-STJ, fls. 601-627).

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

Este é o relatório.

VOTO

A controvérsia dos autos cinge-se a saber se é dever da operadora de planos de saúde custear o procedimento cirúrgico prescrito à parte autora (metroplastia laparoscópica), portadora de endometriose profunda, com progressão rápida e acometimento de diversas regiões do corpo.

A recorrente alega ter havido ofensa aos arts. 16, inciso X, e 19, §3º, incisos VI, VIII e IX, da Lei 9.656/98, pois teria havido afronta ao princípio da territorialidade; ao art. 12, inciso VI, da Lei 9.656/98, pois a decisão recorrida teria desconsiderado a previsão legal de reembolso limitado aos valores da tabela da operadora, ao condenar a recorrente ao custeio integral de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada, em valores particulares; e ao art. 35-G da Lei 9.656/98, pois teria sido aplicada de forma inadequada a legislação consumerista em detrimento da norma específica que regula os planos de saúde, desconsiderando que o Código de Defesa do Consumidor deveria ser aplicado apenas subsidiariamente.

Não obstante, do cotejo do acórdão proferido pela Corte local, não se verifica análise acerca do tema agora referido. Em verdade, sequer embargos de declaração foram opostos pela recorrente para abordagem do assunto, somente agora arguido, em sede de recurso especial, o que se mostra inapropriado.

E não tendo sido prequestionada a matéria, não pode ser conhecida em recurso especial. Nesse sentido: "Inadmissível recurso especial quanto à questão que, a despeito da oposição de embargos declaratórios, não foi apreciada pelo tribunal a quo – Súmula n. 211 STJ" (AgRg no EREsp n. 1.138.634/RS, relator Ministro Aldir Passarinho Júnior, Corte Especial, DJe de 19/10/2010.).

Dessa forma, constatada a ausência de prequestionamento incide no caso o óbice da Súmula n. 282/STF: "*É inadmissível o recurso extraordinário, quando não ventilada, na decisão recorrida, a questão federal suscitada*".

Ademais, oportuno destacar que, caso a agravante realmente quisesse o enfrentamento do tema, deveria ter apresentado embargos de declaração e, diante de eventual omissão do Tribunal suscitado, no bojo do recurso especial, vulneração ao art. 1022 do CPC /2015, o que não ocorreu.

A ausência de enfrentamento da matéria objeto da controvérsia pelo Tribunal de origem, não obstante a oposição de embargos de declaração, impede o acesso à instância especial, porquanto não preenchido o requisito constitucional do prequestionamento. Incidência da Súmula 211 do STJ. 1.1. Esta Corte admite o prequestionamento implícito dos dispositivos tidos por violados, desde que as teses debatidas no apelo nobre sejam expressamente discutidas no Tribunal *a quo*, o que não ocorreu na hipótese. Precedentes. 1.2. É inviável a análise de teses não alegadas em momento oportuno e não discutidas pelas instâncias ordinárias, mesmo em se tratando de matéria de ordem pública, por caracterizar inovação recursal, rechaçada por este Tribunal Superior.(AgInt nos EDcl no REsp 1726601/RS, Rel. Ministro MARCO BUZZI, DJe 26/4/2019.).

A recorrente também alegou ofensa ao art. 10, §4º, da Lei 9.656/98 e art. 4º, inciso III, da Lei 9.961/00, pois a decisão recorrida teria desrespeitado a taxatividade do rol de procedimentos da ANS, ao impor à recorrente o custeio de procedimento não incluído no rol obrigatório, contrariando a regulamentação específica que delimita a cobertura assistencial.

A Corte local, a partir da prova constante dos autos, concluiu que o procedimento cirúrgico pleiteado era necessário para resguardar a saúde da parte autora e que a recusa de cobertura pela operadora do plano de saúde era indevida. Vejamos, com grifos (fls. 486-492):

Infere-se dos autos que a autora - portadora de endometriose profunda - é beneficiária de plano de saúde oferecido pela operadora ré e, mesmo após ter sido submetida a procedimento cirúrgico, em março/2020, ocorreu rápida progressão da doença, cujos focos irradiadores atingiram outras partes do corpo, tais como o sistema reprodutor, além de comprometimento de nervos e intestino, necessitando de um novo procedimento cirúrgico de alta complexidade (metroplastia laparoscópica), a ser realizado por uma equipe multidisciplinar especializada na área, não dispondo a rede credenciada de especialistas na localidade.

(...)

Note-se que ao procurar o médico credenciado da operadora de saúde, que já acompanhava o tratamento da conveniada, este prescreveu um procedimento cirúrgico completo, por equipe especializada, em decorrência do grau de acometimento da enfermidade na ocasião constatado (fl. 85).

Em função disso a autora procurou os profissionais indicados pela ré, Dr. Abdel Hafid Farid e Dr. João Paulo Issa, os quais declararam não possuírem a especialização necessária para realizar a cirurgia que a requerente necessitava (fls. 423/426).

Logo, havendo indicação médica para a realização do tratamento por equipe multidisciplinar (fls. 85 e 86/88) e não tendo a apelante condições de fornecê-lo por intermédio de sua rede credenciada, não pode a operadora recusar-se à cobertura, sob o fundamento de ausência de previsão na Lei nº 9.656/98, ou ainda, exclusão contratual, colocando a consumidora em desvantagem (art. 51, IV, do CDC).

É incontroverso que o tratamento para o quadro clínico da autora está coberto pelo plano de saúde e a recusa a cobertura se mostra abusiva, vez que pode agravar o estado de saúde da beneficiária.

O fato do procedimento cirúrgico indicado (metroplastia laparoscópica) não estar no rol da ANS não autoriza a negativa à cobertura fora da área de abrangência, mesmo porque a referida listagem serve como referência, não excluindo as operadoras de saúde da obrigatoriedade de custeá-lo, vez que não se trata de rol taxativo, além de não ter função limitadora, mas garantidora de procedimentos mínimos a serem observados pelos planos de saúde.

Vale destacar que, não cabe ao conveniado ou ao plano de saúde escolher a forma de tratamento, e sim ao profissional de saúde, o qual deve prescrever a terapia adequada ao caso concreto.

Conforme se observa, o Tribunal de origem, no exercício de sua competência para a apreciação soberana do conjunto fático-probatório dos autos, concluiu que a cirurgia requerida é essencial à recuperação integral da saúde da parte autora.

Cumprido referir que por ocasião do julgamento dos EREsps n. 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (relator Ministro Luis Felipe Salomão, DJe de 3/8/2022), a Segunda Seção desta Corte Superior uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios. Nesse contexto, foram adotados os seguintes parâmetros para a apreciação de casos concretos:

- 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 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.*

No caso em espeque, cumpre destacar que a parte autora foi submetida a procedimento cirúrgico na rede credenciada da recorrente, em março de 2020, e mesmo após a submissão à cirurgia, houve rápida progressão da enfermidade, cujos focos irradiadores atingiram outras partes do corpo, tais como o sistema reprodutor, além de comprometimento de nervos e intestino, necessitando de um novo procedimento cirúrgico de alta complexidade (metroplastia laparoscópica), a ser realizado por uma equipe multidisciplinar especializada na área.

Ainda, ao procurar o médico credenciado da operadora de saúde, que já acompanhava o tratamento da conveniada, este prescreveu um procedimento cirúrgico completo, por equipe especializada, em decorrência do grau de acometimento da enfermidade na ocasião constatado (fl. 85).

Ademais, a autora procurou os profissionais indicados pela ré, os quais declararam não possuírem a especialização necessária para realizar a cirurgia que a requerente necessitava (fls. 423/426).

Do quanto referenciado, evidente a complexidade do quadro de saúde da parte autora, a exigir tratamento por equipe especializada e multidisciplinar. Ademais, a cirurgia anteriormente realizada e com cobertura pelo plano de saúde da parte autora não se mostrou efetiva para restabelecer a saúde da demandante.

Assim, plenamente demonstrada a necessidade da nova intervenção pleiteada pela parte autora, que se submeteu a procedimento anteriormente proposto e ofertado na rede credenciada da recorrente, e que não restaurou a saúde da parte autora.

Inconcebível agora que a recorrente negue cobertura para realização de procedimento cirúrgico imprescindível para a restauração da saúde da parte demandante.

Por fim, maiores digressões acerca do caso concreto demandariam revolvimento de provas e reanálise de cláusulas contratuais, o que encontra óbice nas Súmulas 7 e 5 do STJ.

Por fim, se na análise do recurso especial for afastada violação à lei federal, por conseguinte, fica prejudicada a análise da alegação de divergência jurisprudencial. A propósito:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO INTERNO. MANDADO DE SEGURANÇA. VIOLAÇÃO DOS ARTS. 489 E 1.022 DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. NÃO ENQUADRAMENTO NO CONCEITO DE LEI FEDERAL. FUNDAMENTAÇÃO. DEFICIENTE. SÚMULA 284 DO STF. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL PREJUDICADO. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Inexiste a alegada violação dos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015, pois a prestação jurisdicional foi dada na medida da pretensão deduzida, conforme se depreende da análise do acórdão recorrido. O Tribunal de origem apreciou fundamentadamente a controvérsia, não padecendo o julgado de nenhum erro, omissão, contradição ou obscuridade. Observe-se, ademais, que julgamento diverso do pretendido, como na espécie, não implica ofensa aos dispositivos de lei invocados.

2. Quanto à alegada violação a dispositivos da Resolução 288/1983, registro que, consoante pacífica jurisprudência desta Corte Superior, o conceito detratado ou lei federal, inserto no art. 105, inciso III, alínea a, da CF/1988, deve ser considerado em seu sentido estrito, sendo inadmissível o recurso especial que aponte como violado o aludido ato normativo.

3. No que diz respeito à suscitada ofensa ao art. 27 da Lei 5.194/1966, incide no caso o óbice da Súmula 284/STF uma vez que a parte agravante não demonstrou, de forma clara, direta e particularizada, como o acórdão recorrido havia violado o dispositivo de lei federal, o que atrai, por conseguinte, a aplicação do referido enunciado da Súmula do STF ("é inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia").

4. É pacífico o entendimento desta Corte Superior de que os mesmos óbices impostos à admissão do recurso pela alínea a do permissivo constitucional impedem a análise recursal pela alínea c, ficando prejudicada a apreciação do dissídio jurisprudencial referente ao mesmo dispositivo de lei federal apontado como violado ou à tese jurídica.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2049353/MG, relator Ministro **Paulo Sérgio Domingues**. Primeira Turma, julgado em 27/3/2023, DJEN de 04/4/2023) *Grifo nosso*

Diante do exposto, o recurso deve ser improvido.

Por derradeiro, deixa-se de majorar a verba honorária, considerando que os honorários de sucumbência já foram fixados no patamar máximo permitido pela legislação, correspondente a 20%.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**REsp 2.046.992 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0005617-8

Número de Origem:

10018883620218260071 20220000263308

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 : UNIMED DE BAURU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO : GEORGE FARAH - SP152644

RECORRIDO : LARA TALARICO DE SOUZA

ADVOGADOS : LUIZ FERNANDO MAIA - SP067217

ANA ROSA DA SILVA PEREIRA - SP171366

LUIZ AUGUSTO ALMEIDA MAIA - SP239166

NATALIA GREATTI - SP294393

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 mas lhe negou 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