



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 2064961 - RN (2023/0123458-0)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
ADVOGADOS : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - RN000725A
ANDRE MENESCAL GUEDES - MA019212
ANDRE MENESCAL GUEDES - CE023931A
IGOR MACÊDO FACÓ - RN001507A
AGRAVADO : A L R B A
REPR. POR : A R
ADVOGADO : GUSTAVO HENRIQUE GUIMARÃES ALVES - RN016549

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME. MENOR IMPÚBERE. PAINEL NGS PARA CRANIOSSINOSTOSES. DEFORMIDADE NO CRÂNIO. PATOLOGIA GRAVE. ROL DA ANS. RECUSA INDEVIDA. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR PROPORCIONAL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, concluiu pela possibilidade de custeio de tratamento não constante no rol da ANS, nos seguintes termos: "*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.*"

2. No caso, considerando os parâmetros fixados pela Segunda Seção nos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, mostra-se devida a cobertura, mormente considerando que o exame em questão está inserido no rol da ANS. Além disso, o acórdão consignou a gravidade da situação do infante, menor impúbere, sendo, portanto, abusiva a recusa de cobertura pelo plano de saúde. Incidência da Súmula 83 do STJ.

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 deve ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou

exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 8.000,00 (oito mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da recusa em autorizar o exame médico objeto da lide.
5. Agravo interno desprovido.

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 19/08/2025 a 25/08/2025, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

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

Brasília, 26 de agosto de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 2064961 - RN (2023/0123458-0)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
ADVOGADOS : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - RN000725A
ANDRE MENESCAL GUEDES - MA019212
ANDRE MENESCAL GUEDES - CE023931A
IGOR MACÊDO FACÓ - RN001507A
AGRAVADO : A L R B A
REPR. POR : A R
ADVOGADO : GUSTAVO HENRIQUE GUIMARÃES ALVES - RN016549

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME. MENOR IMPÚBERE. PAINEL NGS PARA CRANIOSSINOSTOSES. DEFORMIDADE NO CRÂNIO. PATOLOGIA GRAVE. ROL DA ANS. RECUSA INDEVIDA. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR PROPORCIONAL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, concluiu pela possibilidade de custeio de tratamento não constante no rol da ANS, nos seguintes termos: "*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.*"

2. No caso, considerando os parâmetros fixados pela Segunda Seção nos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, mostra-se devida a cobertura, mormente considerando que o exame em questão está inserido no rol da ANS. Além disso, o acórdão consignou a gravidade da situação do infante, menor impúbere, sendo, portanto, abusiva a recusa de cobertura pelo plano de saúde. Incidência da Súmula 83 do STJ.

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 deve ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou

exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 8.000,00 (oito mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da recusa em autorizar o exame médico objeto da lide.

5. Agravo interno desprovido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A contra a decisão de fls. 556-564, que negou provimento ao recurso especial.

Em suas razões recursais, a parte agravante alega, em síntese, que não é o caso de reexame de provas, e sim de reavaliação, não havendo falar em incidência da Súmula 83/STJ.

Foi apresentada impugnação às fls. 577-582.

É o relatório.

VOTO

As razões recursais são insuficientes para reformar a decisão monocrática agravada, que deve ser confirmada.

Cinge-se a pretensão recursal à verificação do dever de cobertura do procedimento de (CRAN) - Painel NGS para craniossinostose -, solicitado pelo médico assistente diante do quadro de craniossinostose e suspeita clínica de quadro sindrômico a esclarecer; sendo assim, o exame em questão iria colaborar para a definição do diagnóstico e da orientação terapêutica.

Conforme consignado na decisão agravada, o Tribunal de origem, analisando as circunstâncias do caso, assim dirimiu a controvérsia:

“Desta forma, resta evidenciada a ilegalidade na negativa de cobertura do plano de saúde ao argumento de que o exame pretendido não consta do rol editado pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

[...]

*Por tais razões, deve ser confirmada a sentença no ponto em que determinou a requerida a obrigação de custear a realização do exame do autor, nos termos preconizado pelo especialista que o acompanha, **principalmente em razão da sua cobertura pelo Rol da ANS**, sendo irrelevante a sua adequação com as Diretrizes de Utilização – DUT, proposta pela Agência Reguladora.”* (fls. 445- 447 - g.n.)

A Segunda Seção, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, concluiu pela possibilidade de custeio de tratamento não constante do rol da ANS, nos seguintes termos: *"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) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o NATJUS 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."*

Na hipótese, o Tribunal de origem consignou que o exame em questão encontra-se inserto no rol de procedimentos da ANS, razão pela qual não poderia ter sido negado pela operadora do plano de saúde. Ademais, reiterando o entendimento da sentença, a Corte de origem apontou:

Ora, como se sabe, a atividade precípua dos Planos de Saúde é possibilitar a realização dos procedimentos prescritos pelos médicos que assistem seus segurados, não cabendo às seguradoras interferir na prescrição com a frágil e superada alegação que o material requisitado não está abrangido pelo rol disponibilizado pela ANS. Assim, em havendo prescrição médica acerca da realização de determinado procedimento, bem assim do material cirúrgico necessário à sua realização, este deve prevalecer sobre qualquer requerimento do Plano, uma vez que a tutela à saúde e à vida merece relevo sobre os aspectos de cunho econômico ou financeiro que, porventura, guarneçam os contratos de Plano de Saúde. Com efeito, se o plano réu é obrigado a custear a cirurgia, é igualmente obrigada a arcar com os materiais cirúrgicos necessários à sua realização e indicados pelo médico assistente, porquanto indissociáveis do ato que a operadora está obrigada a aquiescer. Portanto, em havendo prescrição do médico assistente do paciente, cumpre ao Plano autorizar o procedimento requisitado, não havendo campo para qualquer discussão pela seguradora, mormente por se tratar de atividade que foge completamente ao seu mister institucional. (...) Desta forma, tenho como indevida a negativa de cobertura realizada pela Cooperativa demandada no caso em testilha (id. Num. 59043875 - Pág. 1), eis que devidamente comprovada a requisição médica para indicação clínica do procedimento buscado, conforme consta do relatório ao id. Num. 59043874 - Pág. 2, sobretudo porque, no caso em tela, trata-se de uma criança, incapaz, que estava investigando exatamente uma doença de origem genética e, conforme prescreveu o médico assistente, Dr. João Invanildo, CRM n.º 3100, ele especificou que: “paciente apresentando craniossinostoses e suspeita clínica de quadro sindrômico a esclarecer...”. Ressalto, inclusive, que a necessidade do referido material foi amplamente justificada pelo médico assistente, mormente diante dos documentos anexos ao aludido parecer médico complementar ao id. Num. 59043874 - Pág. 1, segundo o qual o mesmo médico supramencionado afirmou: “ O exame painel NGS para craniossinostoses irá colaborar para a definição de diagnóstico e orientação terapêutica.” Desta feita, entendo como completamente indevida a negativa do plano de saúde, devendo o Réu franquear amplo acesso e custeio para realização do exame buscado, mormente por se tratar de procedimento investigativo para melhor tratar a enfermidade do Autor, criança, menor, impúbere, que dispensa de todos os maiores cuidados em seu estágio de desenvolvimento. Nesse prisma, embora paire uma forte e acalorada discussão sobre a taxatividade ou não do rol de procedimentos da ANS, vem prevalecendo que o rol constante na RN n.º 428/2017 da ANS é de procedimentos mínimos obrigatórios, não sendo cabível a negativa de atendimento com a fundamentação de não preenchimento das diretrizes de utilização prevista naquele rol quando a medida é essencial e a mais adequada ao êxito do tratamento médico, sob pena de desvirtuar a própria finalidade do contrato, que é a preservação da vida e da incolumidade paciente. Nesse sentido, a declaração médica juntada destaca a necessidade da realização do exame para orientar o tratamento mais adequado, considerando as comorbidades do paciente e para uma maior sobrevida global. Inclusive, o entendimento já pacificado pela Corte de Justiça local, não cabe à Operadora de saúde a decisão de qual tipo de procedimento médico - ou materiais a serem empregados na cirurgia - é o mais adequado ao usuário, vez que a escolha da melhor técnica a ser adotada pertence ao profissional assistente do paciente e, no caso dos autos, constam em dois laudos convergentes do ideal procedimento a ser realizado para o tratamento de saúde da parte autora. Vejo, pois, que a atitude e decisão tomada pelo Réu, foi de encontro ao que estabelece como dever das partes em zelar pela boa-fé nos contratos (art. 113 c /c art. 422, ambos do CC), culminando em verdadeiro ato ilícito praticado

contra a parte autora (art. 186, CC). Em julgado bastante elucidativo, o TJDFT ao analisar a questão (Acórdão 1171595, 07269388920188070001, Relator: DIAULAS COSTA RIBEIRO, 8ª Turma Cível, data de julgamento: 16/5/2019, publicado no DJe: 3/6/2019), fixou o entendimento que o exame denominado PET-CT ou PET-SCAN, tomografia por emissão de pósitrons, é uma nova técnica de medicina nuclear que tem sido utilizada na oncologia como ferramenta de diagnóstico e estadiamento da doença (classificação do nível de impacto), podendo registrar, também, a resposta de um determinado tumor aos tratamentos cirúrgico ou quimio-radioterápico. Nesse passo, a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, determina em seu art. 12, I, 'b' que: 'Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano- referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: I - quando incluir atendimento ambulatorial: (...). b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (...). Como a doença insere-se na cobertura do plano de saúde, o fato de o exame atender ou não às diretrizes de utilização da ANS é irrelevante diante da existência de prescrição médica, por competir ao especialista, e não à operadora/seguradora, definir os exames e tratamentos mais adequados ao paciente. Como a doença insere-se na cobertura do plano de saúde, o fato de o exame atender ou não às diretrizes de utilização da ANS é irrelevante diante da existência de prescrição médica, por competir ao especialista, e não à operadora/seguradora, definir os exames e tratamentos mais adequados ao paciente.'

Dessa forma, o acórdão recorrido não merece reforma no ponto, notadamente ante a gravidade da situação do infante. Ademais, a pretensão de modificar o entendimento firmado demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório, o que é inviável em sede de recurso especial, nos termos da Súmula 7/STJ. A propósito:

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA REQUERENTE.

1. Consoante a jurisprudência desta Corte, a legislação vigente (art. 932 do CPC/15 c/c Súmula 568 do STJ) permite ao relator julgar monocraticamente recurso inadmissível ou, ainda, aplicar a jurisprudência consolidada deste Tribunal. Ademais, a possibilidade de interposição de recurso ao órgão colegiado afasta qualquer alegação de ofensa ao princípio da colegialidade.

Precedentes.

2. A Segunda Seção, ao julgar os EREsp 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, concluiu pela possibilidade de custeio de tratamento não constante do rol da ANS, nos seguintes termos: "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.

2.1. Hipótese em que o Tribunal local consignou inexistir evidências de eficácia dos tratamentos pretendidos. Incidência da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido."

(AgInt no REsp n. 2.129.441/SP, relator Ministro **MARCO BUZZI**, Quarta Turma, julgado em 26/8/2024, DJe de 29/8/2024)

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. EXAME. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA. ROL DA ANS. PREVISÃO. COBERTURA DEVIDA. PREENCHIMENTO DE REQUISITOS. REEXAME DE PROVA. SÚMULA 7/STJ. RECURSO DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, concluiu pela possibilidade de custeio de tratamento não constante no rol da ANS, nos seguintes termos: "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".

2. No presente caso, tem-se que o exame de angiotomografia coronariana encontra-se previsto no rol da ANS, tendo o acórdão consignado que foi demonstrado o preenchimento dos requisitos elencados pela agência para a realização do exame.

3. A alteração das premissas fáticas adotadas no acórdão recorrido, no sentido de que a recusa do exame foi lícita diante do não preenchimento dos requisitos por ele exigidos, demandaria o reexame do contexto fático-probatório dos autos, inviável em sede de recurso especial.

4. Agravo interno desprovido."

(AgInt no REsp n. 2.041.494/CE, relator Ministro **RAUL ARAÚJO**, Quarta Turma, julgado em 27/11/2023, DJe de 1º/12/2023)

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"* (AgInt no AREsp 1.816.359/MA, Relator Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**, Terceira Turma, julgado em 20/3/2023, DJe de 24/3/2023). Além dos precedentes já citados na decisão ora impugnada, confira-se:

AGRAVO INTERNO NO AGRADO INTERNO NO AGRADO 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 HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. SÚMULA 83/STJ. AGRADO 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, relator Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**, Terceira Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 16/2/2023)

Cumprе ressaltar que, na hipótese vertente, a negativa injustificada de cobertura pela operadora do plano de saúde foi expressamente reconhecida pelas instâncias ordinárias, consoante se depreende da transcrição supramencionada.

Dessa forma, o acórdão recorrido julgou em conformidade com o entendimento desta Corte, motivo pelo qual incide a Súmula 83/STJ.

Por fim, quanto ao valor da compensação, esta Corte Superior entende que, apenas em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado 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\$ 8.000,00 (oito mil reais), não havendo que se falar em condenação exorbitante em relação à extensão dos danos sofridos pela parte recorrida. Nesse sentido, confira-se, ainda:

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 o exposto, nega-se provimento ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AgInt no REsp 2.064.961 / RN

PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2023/0123458-0

Número de Origem:

08385001020208205001 8385001020208205001

Sessão Virtual de 19/08/2025 a 25/08/2025

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.

ADVOGADOS : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - RN000725A

ANDRE MENESCAL GUEDES - MA019212

ANDRE MENESCAL GUEDES - CE023931A

IGOR MACÊDO FACÓ - RN001507A

RECORRIDO : A L R B A

REPR. POR : A R

ADVOGADO : GUSTAVO HENRIQUE GUIMARÃES ALVES - RN016549

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.

ADVOGADOS : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - RN000725A

ANDRE MENESCAL GUEDES - MA019212

ANDRE MENESCAL GUEDES - CE023931A

IGOR MACÊDO FACÓ - RN001507A

AGRAVADO : A L R B A

REPR. POR : A R

ADVOGADO : GUSTAVO HENRIQUE GUIMARÃES ALVES - RN016549

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 19/08/2025 a 25/08/2025, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Brasília, 25 de agosto de 2025