



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2396847 - RJ
(2023/0217236-7)**

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : CARLOS MAXIMIANO MAFRA DE LAET - RJ015311
ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
JULIANA MARIA DE ANDRADE BHERING CABRAL PALHARES - RJ120077
LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838
JULIA FREITAS GONCALVES - RJ234038
AGRAVADO : ALINE DE CASSIA QUEIROZ OMENA
ADVOGADO : MARIANA LIMA MORAES - RJ159737

EMENTA

PROCESSUAL CIVIL. AGRADO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. DEVER DE COBERTURA. INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. VALOR FIXADO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE.

1. Ação de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais.
2. Ausentes os vícios do art. 1.022 do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração.
3. Na hipótese em que a operadora do plano de saúde se omite em indicar prestador da rede credenciada apto a realizar o atendimento do beneficiário, este faz jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, em razão da inexecução contratual. Precedentes.
4. Hipótese em que se reputa abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de cobertura do procedimento médico prescrito para o tratamento da doença que acometeu o menor beneficiário, recusa essa que, por causar o agravamento da situação de angústia e a piora do seu estado de saúde, configura dano moral.
5. A revisão da compensação por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Salvo essas

hipóteses, incide a Súmula 7/STJ, impedindo o conhecimento do recurso.
6. Agravo interno não provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 12/12/2023 a 18/12/2023, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

Brasília, 18 de dezembro de 2023.

MINISTRA NANCY ANDRIGHI

Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2396847 - RJ
(2023/0217236-7)**

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : CARLOS MAXIMIANO MAFRA DE LAET - RJ015311
ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
JULIANA MARIA DE ANDRADE BHERING CABRAL PALHARES - RJ120077
LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838
JULIA FREITAS GONCALVES - RJ234038
AGRAVADO : ALINE DE CASSIA QUEIROZ OMENA
ADVOGADO : MARIANA LIMA MORAES - RJ159737

EMENTA

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. DEVER DE COBERTURA. INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. VALOR FIXADO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE.

1. Ação de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais.
2. Ausentes os vícios do art. 1.022 do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração.
3. Na hipótese em que a operadora do plano de saúde se omite em indicar prestador da rede credenciada apto a realizar o atendimento do beneficiário, este faz jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, em razão da inexecução contratual. Precedentes.
4. Hipótese em que se reputa abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de cobertura do procedimento médico prescrito para o tratamento da doença que acometeu o menor beneficiário, recusa essa que, por causar o agravamento da situação de angústia e a piora do seu estado de saúde, configura dano moral.
5. A revisão da compensação por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Salvo essas

hipóteses, incide a Súmula 7/STJ, impedindo o conhecimento do recurso.

6. Agravo interno não provido.

RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

Cuida-se de agravo interno interposto por AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A., contra decisão que conheceu do agravo para conhecer em parte do recurso especial e, nessa extensão, negou-lhe provimento.

Ação: de obrigação de fazer, cumulada com compensação por danos morais, ajuizada por ALINE DE CASSIA QUEIROZ OMENA, em face da agravante, em razão da negativa de custeio da segunda etapa de cirurgia para implantação de marca-passo, necessário ao tratamento de sua doença.

Sentença: julgou parcialmente procedente o pedido para condenar à agravante à restituir à Autora integralmente os valores referentes às consultas e procedimentos realizados, no valor de R\$ 9.175,98 (nove mil centos e setenta e cinco reais e noventa e oito centavos), bem como a compensar o dano moral, fixando-o em R\$ 10.000,00.

Acórdão: negou provimento à apelação interposta pela agravante, nos termos da seguinte ementa:

Apelação Cível. Ação indenizatória por dano material e moral. Pedido de ressarcimento integral de cirurgia realizada por médico fora da rede credenciada da ré. Cancelamento da cirurgia quando a autora já estava internada, em razão da divergência de material entre o que fora solicitado pelo médico e o aprovado pela ré. Sentença de procedência do pedido, condenando a parte ré ao pagamento de indenização por dano moral no importe de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), além da obrigação de efetuar o reembolso integral das despesas. Inconformismo da ré. No caso em exame, a autora colacionou laudo médico (fls. 136/137) a fim de demonstrar a sua condição. No mesmo sentido, mostrou que foi encaminhada por um médico da rede credenciada da ré para outro profissional alheio aos seus quadros, em razão da dificuldade de tratar o caso da demandante (fl. 144). Por sua vez, a ré/apelante não logrou demonstrar de forma satisfatória que seus profissionais estariam aptos a tratar as peculiaridades do quadro clínico da apelada, limitando-se a apresentar uma listagem genérica de médicos credenciados. Assim, tem-se que restou demonstrada situação excepcional a justificar o reembolso do tratamento de saúde realizado fora da sua rede credenciada, em conformidade com o entendimento firmado pela Segunda Seção do STJ no julgamento dos Embargos de Divergêncianº 1.459.849. No que diz respeito ao dano moral, restou caracterizado, a partir do reagendamento da segunda cirurgia quando a autora já estava internada

por divergência entre o material solicitado pelo médico responsável pela cirurgia e o liberado pelo plano (fls. 154/192), em prejuízo ao tratamento da apelada, já fragilizada pelo mal que a acometia, o que tem o condão de lesionar seus direitos de personalidade e justificar a condenação baseada na responsabilidade civil objetiva do fornecedor. Dano moral fixado em observância aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, não devendo ser reduzido. Precedentes. Recurso a que se nega provimento.

Embargos de Declaração: opostos pela agravante, foram rejeitados.

Recurso especial: alega violação dos arts. 1.022 do CPC; 12, V, da Lei 9.656/98, e 186 e 944 do CC. Aduz a impossibilidade de reembolso/custeio integral com profissional não credenciado, vez que legalmente que o reembolso deve ser no valor da tabela da operadora do plano de saúde. Afirma que não houve ilicitude na negativa da cobertura do tratamento, já que expressa e explicitamente excluídos do contrato entre as partes. Requer, sucessivamente, a redução do valor fixado a título de compensação por danos morais.

Decisão unipessoal: conheceu do agravo para conhecer em parte do recurso especial e, nessa extensão, negou-lhe provimento.

Agravo interno: nas razões do presente recurso, a parte agravante reitera a existência de omissão no acórdão recorrido quanto à ausência de amparo ao pedido de reembolso integral, afirma que a jurisprudência do STJ é pacífica no sentido de que o reembolso é limitado ao valor de tabela. Sustenta a inaplicabilidade da Súmula 7 do STJ.

É o relatório.

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

Cuida-se de agravo interno interposto por AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A., contra decisão que conheceu do agravo para conhecer em parte do recurso especial e, nessa extensão, negou-lhe provimento.

- Da violação do art. 1.022 do CPC

Inicialmente, constata-se que o artigo 1.022 do CPC realmente não foi violado, porquanto o acórdão recorrido não contém omissão, contradição ou

obscuridade. Nota-se, nesse passo, que o Tribunal de origem tratou de todos os temas oportunamente colocados pelas partes, proferindo, a partir da conjuntura então cristalizada, a decisão que lhe pareceu mais coerente.

É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese, soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte.

A propósito, confira-se: AgInt nos EDcl no AREsp 1.094.857/SC, 3ª Turma, DJe de 02/02/2018 e AgInt no AREsp 1.089.677/AM, 4ª Turma, DJe de 16/02/2018.

Assim, o Tribunal de origem, embora tenha apreciado toda a matéria posta a desate, tratou das questões apontadas como omissas sob viés diverso daquele pretendido pela parte agravante, fato que não dá ensejo à interposição de embargos de declaração.

- Da Súmula 568 do STJ

A Corte de origem, ao julgar o recurso de apelação interposto pela agravante, concluiu o seguinte (e-STJ fls. 574/578, sem grifos no original):

O Código consumerista, com assento constitucional nos artigos 5º, XXXII, 24, VIII e 170, V, tem por escopo a proteção e a defesa do consumidor, parte hipossuficiente e vulnerável na relação contratual, dispondo de uma disciplina de responsabilização dos fornecedores lato sensu de serviços e produtos, inclusive quanto aos danos causados ao consumidor, adotando a teoria do risco do empreendimento, ancorada no artigo 14, com a responsabilidade objetiva do fornecedor de serviço, que responde também pela violação da boa-fé objetiva e seus deveres anexos quando age em desacordo com a probidade contratual.

O artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98 dispõe ser devido o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em caso de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, verbis: (...)

Diante da divergência existente entre a Terceira e Quarta Turmas do STJ, a Segunda Seção conheceu dos Embargos de Divergência nº 1.459.849, a fim de uniformizar sua jurisprudência interna. E, por ocasião do julgamento dos referidos Embargos de Divergência, realizado em 14/10/2020, a Segunda Seção do STJ firmou o entendimento de que “O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou

emergência do procedimento.”. (...)

No caso em exame, a autora colacionou laudo médico (fls. 136/137) a fim de demonstrar a sua condição. No mesmo sentido, mostrou que foi encaminhada por um médico da rede credenciada da ré para outro profissional alheio aos seus quadros em razão da dificuldade de tratar o caso da demandante (fl. 144).

Por sua vez, a ré/apelante não logrou demonstrar de forma satisfatória que seus profissionais estariam aptos a tratar as peculiaridades do quadro clínico da apelada, limitando-se a apresentar uma listagem genérica de médicos credenciados.

Assim, tem-se que restou demonstrada situação excepcional a justificar o reembolso do tratamento de saúde realizado fora da sua rede credenciada, em conformidade com o entendimento firmado pela Segunda Seção do STJ no julgamento acima transcrito, de modo que a manutenção da sentença de procedência é medida que se impõe neste ponto.

Consoante asseverado na decisão agravada, da leitura dos trechos acima, verifica-se a decisão proferida pelo Tribunal de local não destoia da jurisprudência do STJ que é no sentido de que se a operadora do plano de saúde se omite em indicar prestador da rede credenciada apto a realizar o atendimento do beneficiário, faz este jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, em razão da inexecução contratual.

Nesse sentido:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. ILEGALIDADE. SERVIÇO INEXISTENTE NA REDE CONVENIADA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. POSSIBILIDADE. DANO MORAL. VALOR. REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. Inexiste afronta ao art. 1.022 do CPC/2015 quando a Corte local pronunciou-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo.

2. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp 1.459.849/ES, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

3. Na presente controvérsia, existe a peculiaridade, destacada no acórdão recorrido, de o tratamento pleiteado não ser ofertado pelo plano de saúde em sua rede credenciada, "razão pela qual não há como se falar em aplicação da tabela da operadora do plano de saúde

para atendimentos semelhantes, devendo o reembolso ser realizado de forma integral" (AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp 1.704.048/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 24/8/2021, DJe 1º/9/2021).

4. Consoante entendimento do STJ, "a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário" (AgInt nos EDcl no REsp 1.963.420/SP, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado 14/2/2022, DJe de 21/2/2022).

5. Apenas em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado na origem, a jurisprudência desta Corte permite o afastamento da Súmula n. 7/STJ, para possibilitar a revisão. No caso, o montante estabelecido pelo Tribunal de origem não se mostra excessivo, a justificar sua reavaliação em recurso especial.

6. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.274.596/RJ, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 28/8/2023, DJe de 31/8/2023. Sem grifos no original.)

DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. REEMBOLSO INTEGRAL. OMISSÃO NÃO VERIFICADA. INSUFICIÊNCIA DA REDE CREDENCIADA. PARTICULARIDADES DO CASO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA N. 7/STJ.

1. Não há omissão diante do enfrentamento das questões relevantes devolvidas à Corte de origem, não consubstanciando qualquer eiva presente no art. 1.022 do CPC a tomada de posição contrária à sustentada pela parte.

2. Consoante a jurisprudência do STJ, "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp n. 1.459.849/ES, rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, j. em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

3. O Tribunal de origem, observando as circunstâncias do caso concreto, decidiu que em razão da insuficiência de recursos da rede credenciada, a operadora do plano de saúde deve arcar com o custeio integral do tratamento do beneficiário fora da área de cobertura contratual. Nesse contexto, a pretensão de modificar o entendimento firmado demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório, o que é inviável em recurso especial nos termos da Súmula n. 7 do STJ.

Agravo interno improvido.

(AgInt no REsp n. 2.023.580/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 28/8/2023, DJe de 30/8/2023. Sem grifos no original.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO AO ART. 1.022, II, DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO. REEMBOLSO INTEGRAL. INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR NA REDE CREDENCIADA. PRECEDENTES. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Não ficou configurada a violação ao art. 1.022 do CPC/2015, uma vez que o Tribunal de origem se manifestou de forma fundamentada sobre todas as questões

necessárias para o deslinde da controvérsia.

2. Com efeito, a Segunda Seção desta Corte Superior, apesar de ter formado precedente pelo caráter taxativo do Rol da ANS, manteve o entendimento pela abusividade da recusa de cobertura e da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar para os beneficiários com diagnóstico de "Transtorno do Espectro Autista" (REsp n. 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022, sem grifo no original).

3. Superveniência de normas regulamentares de regência e de determinações da ANS que tornaram expressamente obrigatória a cobertura de qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente, em número ilimitado de sessões com fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, para o tratamento/manejo do transtorno do espectro autista (TEA).

4. A Corte Especial do STJ orienta que o julgador se vincula apenas aos precedentes existentes no momento em que presta sua jurisdição.

5. No caso, existe a peculiaridade, destacada no acórdão recorrido, de o tratamento pleiteado não ser ofertado pelo plano de saúde em sua rede credenciada, "razão pela qual não há como se falar em aplicação da tabela da operadora do plano de saúde para atendimentos semelhantes, devendo o reembolso ser realizado de forma integral" (AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp 1.704.048/SP, Relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 24/8/2021, DJe 1º/9/2021).

6. Agravo interno improvido.

(AgInt no AREsp n. 2.342.168/RJ, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/8/2023, DJe de 23/8/2023. Sem grifos no original.)

No mesmo sentido os seguintes precedentes: REsp 1990471/DF, 3ª Turma, DJe 14/04/2023; AgInt no AREsp 2083773/MS, 4ª Turma, DJe 22/02/2023; REsp 2043003/SP, 3ª Turma, DJe 23/03/2023; AgInt no AREsp 2083773 / MS, 4ª Turma, DJe 22/02/2023; AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp 1704048/SP, 4ª Turma, DJe 01/09/2021; AgInt no AREsp 1632886/SP, 4ª Turma, DJe 26/11/2021.

Ressalta-se que a aplicação da Súmula 568/STJ somente é devidamente impugnada quando a parte agravante demonstra, de forma fundamentada, que o entendimento esposado na decisão agravada não se aplica à hipótese em concreto ou, ainda, que é ultrapassado, o que se dá mediante a colação de arestos mais recentes do que aqueles mencionados na decisão hostilizada. Isso, contudo, não ocorreu na espécie.

Assim, deve ser mantida a aplicação da Súmula 568/STJ.

Ademais, permanece a incidência das Súmulas 5 e 7 do STJ quanto à análise acerca do cumprimento do disposto em contrato pela operadora do plano de saúde no que tange à existência e disponibilidade de utilização da rede credenciada na hipótese.

- Do reexame de fatos e provas

Quanto à aplicação da Súmula 7/STJ, essa merece ser mantida, haja vista que os argumentos trazidos pela parte agravante não são capazes de demonstrar como alterar o decidido pelo Tribunal de origem não demandaria o reexame de fatos e provas.

Como exposto na decisão agravada, o TJ/SP ao julgar o recurso interposto pela parte agravante assim decidiu (e-STJ fls. 578):

No que diz respeito ao dano moral, restou caracterizado, a partir do reagendamento da segunda cirurgia quando a autora já estava internada por divergência entre o material solicitado pelo médico responsável pela cirurgia e o liberado pelo plano (fls. 154/192), em prejuízo ao tratamento da apelada, já fragilizada pelo mal que a acometia, o que tem o condão de lesionar seus direitos de personalidade e justificar a condenação baseada na responsabilidade civil objetiva do fornecedor.

Desse modo, rever tal entendimento, de fato, implicaria em reexame do acervo fático-probatório, o que é obstado pelo enunciado sumular nº 7/STJ.

Ademais, conforme asseverado na decisão agravada as duas Turmas de Direito Privado do STJ entendem que a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário (AgInt no AREsp 1.106.509/RJ, 3ª Turma, DJe de 09/10/2017; AgInt no REsp 1.647.519/CE, 4ª Turma, DJe de 13/10/2017; e REsp 1721705/SP, 3ª Turma, DJe de 06/09/2018).

Assim, deve ser mantida a aplicação da Súmula 568/STJ quanto ao ponto.

A despeito das alegações aduzidas neste recurso, percebe-se que a parte agravante não trouxe qualquer argumento novo capaz de ilidir o entendimento firmado na decisão ora agravada.

DISPOSITIVO

Forte nessas razões, NEGOU PROVIMENTO ao presente agravo interno no agravo em recurso especial.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

AgInt no AREsp 2.396.847 / RJ
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2023/0217236-7

Número de Origem:

01982389320198190001 1982389320198190001 202324502141

Sessão Virtual de 12/12/2023 a 18/12/2023

Relator do AgInt

Exma. Sra. Ministra NANCY ANDRIGHI

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

ADVOGADOS : CARLOS MAXIMIANO MAFRA DE LAET - RJ015311

ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075

JULIANA MARIA DE ANDRADE BHERING CABRAL PALHARES - RJ120077

LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838

JULIA FREITAS GONCALVES - RJ234038

AGRAVADO : ALINE DE CASSIA QUEIROZ OMENA

ADVOGADO : MARIANA LIMA MORAES - RJ159737

ASSUNTO : DIREITO CIVIL - RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

ADVOGADOS : CARLOS MAXIMIANO MAFRA DE LAET - RJ015311

ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075

JULIANA MARIA DE ANDRADE BHERING CABRAL PALHARES - RJ120077

LEONARDO MENDES MEMORIA - DF036838

JULIA FREITAS GONCALVES - RJ234038

AGRAVADO : ALINE DE CASSIA QUEIROZ OMENA

ADVOGADO : MARIANA LIMA MORAES - RJ159737

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 12/12/2023 a 18 /12/2023, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

Brasília, 19 de dezembro de 2023