



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2478006 - MT(2023/0341061-5)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197
JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735
AGRAVADO : JETER LUCIANO DOS SANTOS
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO
INTERES. : HILSA LUCIANO DOS SANTOS

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME. DANO MORAL. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO.

1. O julgamento antecipado da lide não configura cerceamento de defesa quando o magistrado considera suficientes as provas documentais constantes dos autos para o deslinde da controvérsia, conforme entendimento consolidado na jurisprudência do STJ.
2. O rol de procedimentos da ANS é considerado exemplificativo, não sendo legítima a negativa de cobertura de exame prescrito por médico assistente como necessário ao tratamento de doença coberta pelo plano de saúde.
3. A negativa de cobertura do exame foi considerada abusiva, pois comprometeu a saúde e a dignidade do autor, em situação de hipossuficiência, e violou o Código de Defesa do Consumidor. A recusa indevida de cobertura por parte da operadora de plano de saúde, que agrava a aflição psicológica e a angústia do beneficiário, configura dano moral, conforme jurisprudência do STJ.
4. O Tribunal de origem manteve o valor arbitrado a título de indenização por danos morais, com fundamento na razoabilidade e proporcionalidade, observadas as funções reparatória e pedagógica da condenação.
5. A jurisprudência desta Corte admite a intervenção excepcional apenas quando o valor se mostra irrisório ou exorbitante, o que não se verifica no caso concreto. Precedentes: AgInt no AREsp 1.551.437/SP; AgInt no AREsp 1.487.241/SC; AgInt no REsp 1.479.479/AM.
6. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

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 03/02/2026 a 09/02/2026, 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 e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator.

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

Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 11 de fevereiro de 2026.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2478006 - MT (2023/0341061-5)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197
JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735
AGRAVADO : JETER LUCIANO DOS SANTOS
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO
INTERES. : HILSA LUCIANO DOS SANTOS

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME. DANO MORAL. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO.

1. O julgamento antecipado da lide não configura cerceamento de defesa quando o magistrado considera suficientes as provas documentais constantes dos autos para o deslinde da controvérsia, conforme entendimento consolidado na jurisprudência do STJ.
2. O rol de procedimentos da ANS é considerado exemplificativo, não sendo legítima a negativa de cobertura de exame prescrito por médico assistente como necessário ao tratamento de doença coberta pelo plano de saúde.
3. A negativa de cobertura do exame foi considerada abusiva, pois comprometeu a saúde e a dignidade do autor, em situação de hipossuficiência, e violou o Código de Defesa do Consumidor. A recusa indevida de cobertura por parte da operadora de plano de saúde, que agrava a aflição psicológica e a angústia do beneficiário, configura dano moral, conforme jurisprudência do STJ.
4. O Tribunal de origem manteve o valor arbitrado a título de indenização por danos morais, com fundamento na razoabilidade e proporcionalidade, observadas as funções reparatória e pedagógica da condenação.
5. A jurisprudência desta Corte admite a intervenção excepcional apenas quando o valor se mostra irrisório ou exorbitante, o que não se verifica no caso concreto.

Precedentes: AgInt no AREsp 1.551.437/SP; AgInt no AREsp 1.487.241/SC; AgInt no REsp 1.479.479/AM.

6. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra decisão que inadmitiu seu recurso especial, fundamentado no artigo 105, inciso III, alínea “a”, da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo eg. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, assim ementado:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C /C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PRELIMINAR – CERCEAMENTO DE DEFESA – REJEITADA – MÉRITO - EXAME DE PAINEL GENÉRICO DE EPILEPSIA - RECUSA DE COBERTURA - ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS - TRATAMENTO INDICADO POR MÉDICO - APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO.

Não configura cerceamento de defesa o julgamento antecipado da lide, quando entende o magistrado pela suficiência dos elementos juntados ao processo, até porque é cediço que o juiz é o destinatário das provas, lhe sendo facultada a dispensa de provas que entender desnecessárias ou protelatórias, e autorizado o julgamento antecipado da lide, conforme dispõe o art. 355, I, do CPC.

A teor do verbete sumular n. 608 do STJ, “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Em que pese a alegação da Apelante de que o exame do paciente não se enquadra no rol de procedimentos da ANS, tal fato não obsta sua cobertura, pois a jurisprudência pátria vem entendendo que o referido rol não é taxativo, servindo apenas como referência para os planos de saúde privados.

Havendo possibilidade de se buscar alívio e melhor qualidade de vida para o paciente que possui quadro de epilepsia, a cobertura pela ré-apelante do exame é medida que se impõe.

De acordo com o Superior Tribunal de Justiça, configura ato abusivo a recusa de procedimento indicado pelo profissional médico como necessário a preservar a saúde e a vida do usuário do plano de saúde, mesmo em se tratando de operadora de plano de saúde de autogestão. (AgInt no AREsp 1442296/SP)

A recusa indevida da operadora de plano de saúde a autorizar o tratamento indispensável à qualidade de vida do paciente é passível de condenação por dano moral, uma vez que agrava a situação de aflição e angústia do enfermo, comprometido em sua higidez físico-psicológica.

O valor da indenização por dano moral deve ser arbitrado em consonância com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, promovendo de modo justo a compensação do ofendido e a punição do ofensor. Sendo observados os parâmetros, deve ser mantida a quantidade arbitrada.” (e-STJ, fls. 899-900)

Os embargos de declaração foram acolhidos, às fls. 981 (e-STJ).

Em seu recurso especial, o recorrente alega violação dos seguintes dispositivos da legislação federal, com as respectivas teses: (i) artigos 355, inciso I, e 369 do Código de Processo Civil, pois teria havido cerceamento de defesa ao julgar antecipadamente a lide e indeferir a prova

pericial médica reputada imprescindível para verificar o atendimento das Diretrizes de Utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em matéria que não seria exclusivamente de direito; (ii) artigos 1, § 1, e 10, §§ 1 e 4, da Lei 9.656/1998, e artigo 4, inciso III, da Lei 9.961/2000, porque o acórdão teria desconsiderado a competência normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar para definir a amplitude das coberturas obrigatórias e as diretrizes técnicas do rol, impondo cobertura em desacordo com os parâmetros legais; (iii) artigo 35-F da Lei 9.656/1998, artigos 421 e 422 do Código Civil, e artigos 51, inciso IV e § 1, inciso II, e 54, § 4, do Código de Defesa do Consumidor, pois seria legítima a limitação contratual da cobertura ao rol e suas diretrizes, não configurando abusividade, devendo prevalecer a força obrigatória do contrato dentro da função social e da boa-fé; (iv) artigos 186, 188, inciso I, e 927 do Código Civil, porque não teria havido ato ilícito, já que a negativa se apoiaria em lei e normas regulatórias, caracterizando exercício regular de direito, o que afastaria o dever de indenizar por danos morais ou materiais e (v) artigo 944, caput e parágrafo único, do Código Civil, pois o valor fixado a título de dano moral deveria ser reduzido, por suposta desproporção entre a gravidade da culpa e a extensão do dano, à luz dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade.

Foram apresentadas contrarrazões (e-STJ, fls. 1029-1040).

O recurso especial foi inadmitido na origem, dando ensejo à interposição do presente agravo.

É o relatório.

VOTO

Extrai-se dos autos que, na origem, o autor, menor, afirmou ser portador de epilepsia com crises convulsivas generalizadas e contínuas e que a operadora teria negado autorização para o exame “painel de epilepsia” indicado por médica assistente, sob fundamento de não atendimento às diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Propôs ação cominatória de obrigação de fazer, com pedido de tutela de urgência, cumulada com indenização por dano moral, para compelir a ré a autorizar o exame e reparar os prejuízos decorrentes da recusa.

A sentença indeferiu a perícia requerida, julgou antecipadamente a lide com base no art. 355, I, do CPC, reconheceu a abusividade da negativa de cobertura e tornou definitiva a tutela de urgência. Condenou a ré a pagar R\$ 10.000,00 por danos morais, com juros de 1% ao mês a partir da citação e correção monetária pelo INPC desde a sentença, além de custas e honorários fixados em 15% sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC (e-STJ, fls. 756-763).

No acórdão, o eg. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso rejeitou a preliminar de cerceamento de defesa, assentou a suficiência das provas documentais e a possibilidade de julgamento antecipado (art. 355, I, do CPC), aplicou o CDC (Súmula 608 do STJ), afirmou o caráter não taxativo do rol da ANS e manteve a obrigação de cobertura do exame indicado. Confirmou a condenação por dano moral em R\$ 10.000,00 e majorou os honorários, desprovendo o recurso de apelação (e-STJ, fls. 899-911).

1. Violação aos artigos 355, inciso I, e 369 do Código de Processo Civil.

Alega a parte recorrente que teria havido cerceamento de defesa com julgamento antecipado e indeferimento de prova pericial médica imprescindível para aferir o cumprimento das diretrizes de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em controvérsia que não seria exclusivamente de direito.

Na hipótese versada, a sentença prolatada em primeiro grau apresentou a seguinte fundamentação:

"Trata-se de Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenização por Danos Morais ajuizada por Jeter Luciano dos Santos representado por Hilsa Luciano dos Santos em desfavor de UNIMED Cuiabá – Cooperativa de Trabalho Médico.

De início, no tocante à solicitação de prova pericial, dispõe o art. 370, parágrafo único, do Código de Processo Civil:

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito. Parágrafo único. O juiz indeferirá, em decisão fundamentada, as diligências inúteis ou meramente protelatórias.

Desse modo, tendo em vista a existência de laudos médicos acostados aos autos que demonstram a necessidade do exame indicado, as provas solicitadas se mostram desnecessárias para o deslinde do processo.

Nesse sentido se encontra o entendimento jurisprudencial: [...]

Desse modo, nos termos do art. 370, parágrafo único, do Código de Processo Civil, INDEFIRO o pedido formulado pela parte requerida.

Profiro o julgamento antecipado da lide (artigo 355, I, do Código de Processo Civil), porque a matéria prescinde de outras provas, sendo suficiente para o deslinde da causa as provas documentais contidas nos autos.

No caso dos autos, pretende a parte autora a confirmação do pedido de tutela de urgência e condenação da requerida ao pagamento de indenização por danos morais, decorrentes da negativa da cobertura do exame solicitado.

Conquanto seja lícito à empresa prestadora de serviços de saúde estabelecer limites em seus contratos, trata-se de relação de consumo, no qual o contrato deve ser interpretado de maneira mais favorável à consumidora, e de modo a não comprometer sua natureza e finalidade.

Aliás, o entendimento do STJ é firme quanto à aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, de maneira que irrelevante a discussão acerca da aplicação ou não das disposições contidas na Lei n. 9.656/98. Vejamos:

Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

Por sua vez, não é possível recusar o tratamento na forma como prescrito pelo médico responsável, nem, tampouco, estabelecer limites ou alternativas menos dispendiosas.

Consoante se pode aferir dos documentos anexos na inicial, a parte autora foi diagnosticada com crises convulsivas tônico clônicas generalizadas, sendo

prescrito o exame denominado painel de epilepsia, no entanto, a requerida se limitou em apresentar negativa ao fornecimento do tratamento da requerida, tão somente por afirmar que não havia previsão de cobertura obrigatória.

Realça-se que a integridade da vida e da saúde é direito fundamental insculpido nos artigos 5º e 6º da Constituição Federal e mais, o caso revela a urgência por se tratar de doença que, se não tratada imediatamente pode levar a morte em um curto espaço de tempo.

Importante mencionar que quem decide a forma de tratamento é o médico responsável pela paciente, que, in casu, procedeu à necessidade do procedimento indicado na inicial.

Assim, demonstrada a urgência e/ou emergência no procedimento, mostra-se totalmente abusiva e ilegal a negativa ou demora na autorização de cobertura por parte do plano de saúde.

Com efeito, incumbe ao médico assistente estabelecer o melhor tratamento a ser prescrito, de acordo com as peculiaridades da patologia de cada paciente, não sendo dado à operadora do plano de saúde negar a cobertura.

No caso, restou comprovado que o tratamento postulado se mostrava imprescindível para o tratamento da doença que acomete a autora, conforme atestado médico e documentos acostados à inicial.

Resta extirpe de dúvidas que a doença se afigurava grave e a não realização do tratamento adequado acarreta riscos à saúde do autor e, em se tratando de negativa de cobertura abusiva que coloca a consumidora em desvantagem exagerada, afigura-se indevida a recusa da operadora.

Ademais, entendo que, depois da vigência da Lei n. 9.656/98, não há possibilidade de negar a cobertura ao tratamento indispensável à parte autora.

Existe um dever do prestador de serviços de plano de saúde de cobrir de forma ampla todos os procedimentos e intervenções úteis ou necessários à manutenção básica da saúde da segurada, abrangendo o diagnóstico, prevenção e tratamento relacionado a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde, com a ressalva tão-somente das exceções previstas em Lei.

A restrição de cobertura a determinadas enfermidades ou tratamentos é abusiva, por exonerar o prestador de serviços da obrigação de assumir os riscos referentes à necessidade futura de assistência médica hospitalar, dever que é inerente à finalidade do contrato.

Nesses termos, todo o tratamento necessário ao sucesso do tratamento deve ser fornecido pela operadora de planos de saúde (interpretação “a contrario sensu” do artigo 10, inciso VII, da Lei nº 9656/98).

Diante desse contexto, a recusa da requerida sob o fundamento acima mencionado fere a própria natureza da avença, em afronta ao disposto ao art. 51, § 1º, II, do CDC, e à Lei nº 9.656/98.

Ademais, cumpre frisar que a escolha do tratamento a ser ministrado ao paciente está adstrita ao arbítrio do profissional por ela eleito, não cabendo à operadora de planos de saúde opinar acerca de sua adequação.

Em relação aos danos morais, a jurisprudência do STJ é no sentido de 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.

Nesse sentido:

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PLANO DE SAÚDE – EXAME DE PAINEL GENÉTICO COMPLETO DE EPILEPSIA - NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME – CLÁUSULA CONTRATUAL ABUSIVA – RECOMENDAÇÃO MÉDICA - DANO MORAL CARACTERIZADO – VALOR DA INDENIZAÇÃO RAZOÁVEL – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO. I - O STJ concluiu que os planos de saúde se submetem às disposições do CDC, tanto é que referida matéria restou devidamente pacificada através da Súmula 469 do STJ: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”. As cláusulas contratuais relativas à cobertura nos contratos de assistência médica e hospitalar (plano de saúde) devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao paciente, em homenagem ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e do direito constitucional à saúde. II- A jurisprudência do STJ é pacífica no sentido de que a recusa injustificada da operadora em autorizar procedimento a que esteja legal ou contratualmente obrigada, autoriza a indenização por danos morais. Quantum mantido. (N.U 1008347-16.2019.8.11.0015, CÂMARAS ISOLADAS CÍVEIS DE DIREITO PRIVADO, NILZA MARIA POSSAS DE CARVALHO, Primeira Câmara de Direito Privado, Julgado em 22/06/2021, Publicado no DJE 01/09/2021)

Ao arbitrar a indenização por danos morais, deve-se observar a condição pessoal da vítima, a capacidade econômica do ofensor, a natureza e a extensão da dor moral ocasionada por ato injusto de outrem, a fim de atingir seu objetivo, qual seja, a compensação do lesado e a punição do ofensor.

No presente caso, o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a meu ver, revela-se adequado, eis que guarda atenção à extensão do dano, o comportamento dos envolvidos, às condições econômicas das partes, à repercussão do fato, além da observância aos princípios da proporcionalidade e razoabilidade.

No que tange ao termo inicial da indenização por danos morais, em caso de recusa/demora da cobertura de tratamento, o Superior Tribunal de Justiça tem entendido que a correção monetária deve incidir a partir do seu arbitramento, enquanto que os juros de mora são devidos a partir da citação, vejamos: [...]

Deixo de enfrentar os demais argumentos deduzidos no processo, porque desnecessários para diminuir a autoridade desta sentença, conforme art. 489, § 1º, IV do NCPC, agindo, este Juízo, em obediência também ao comando Constitucional do art. 5º, LXXVIII."

O acórdão recorrido rejeita a preliminar, ao afirmar que a controvérsia independe de outras provas além das constantes dos autos e que o juiz é destinatário da prova, autorizando o julgamento antecipado (fls. 922-922), conforme fundamentação a seguir:

"A preliminar não merece acolhida, porquanto, o pedido genérico de produção de prova não configura cerceamento de defesa, notadamente quando a controvérsia está pautada na análise de questão de direito e de fato que independem de outras provas, além das já constantes dos autos, até porque é cediço que o juiz é o destinatário das provas, lhe sendo facultada a dispensa

daquelas que entender desnecessárias ou protelatórias, e entender o magistrado condutor do feito pela suficiência dos elementos juntados ao processo, conforme dispõe o art. 355, I, do CPC.

Ante o exposto, REJEITO a presente preliminar."

Consoante a jurisprudência desta Corte Superior, não configura cerceamento de defesa o julgamento antecipado da lide nas hipóteses em que o Tribunal de origem considera o feito devidamente instruído, reputando desnecessária a produção de provas para a decisão por se tratar de matéria eminentemente de direito ou de fato já comprovado documentalmente, como é o caso dos autos. A propósito:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO RESCISÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA PARTE AUTORA.

1. Não há falar em ofensa ao art. 1022 do CPC, porquanto todas as questões fundamentais ao deslinde da controvérsia foram apreciadas pelo Tribunal a quo, sendo que não caracteriza omissão ou falta de fundamentação a mera decisão contrária ao interesse da parte, tal como na hipótese dos autos.

2. A revisão das conclusões que levaram o Tribunal de origem a julgar improcedente a ação rescisória, ante a inexistência de cerceamento de defesa, ensejaria, necessariamente, o reexame de elementos fáticos e das provas que instruem os autos, o que não se admite em sede de recurso especial, ante a Súmula 7 deste Tribunal.

3. Conforme entendimento firmado por esta Corte Superior, não caracteriza cerceamento de defesa o mero julgamento antecipado da lide nos casos em que o Tribunal de origem entende adequadamente instruído o feito e conclui pela desnecessidade de se produzir de outras provas por se tratar de matéria já provada documentalmente. Incidência da Súmula 83/STJ.

4. Agravo interno desprovido."

(AgInt no AREsp n. 2.773.721/SC, relator Ministro **MARCO BUZZI**, Quarta Turma, julgado em 28/4/2025, DJEN de 5/5/2025, g.n.)

Importa ressaltar que o caso dos autos não trata de hipótese na qual o Magistrado indefere a realização de prova requerida oportuna e justificadamente pela parte com o objetivo de comprovar suas alegações para, em seguida, concluir pela ausência de comprovação das alegações. Ao contrário, considerou-se desnecessária a produção de prova adicional (prova pericial médica) por considerar que as provas dos autos eram suficientes ao deslinde da controvérsia, o que, de fato, não configura cerceamento de defesa.

2. Violação aos artigos 1º, §1º, e 10, §§1º e 4º, §13, da Lei 9.656/1998, e artigo 4º, inciso III, da Lei 9.961/2000 e violação aos artigos 35-F da Lei 9.656/1998, artigos 421 e 422 do Código Civil, e artigos 51, inciso IV e §1º, inciso II, e 54, §4º, do Código de Defesa do Consumidor.

A parte recorrente sustenta que o acórdão teria desconsiderado a competência normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar, bem como a obrigatoriedade de observância do rol de procedimentos e de suas diretrizes técnicas, ao impor cobertura em desacordo com os parâmetros legais e regulatórios. Afirma que a cobertura de tratamento não incluído no rol somente poderia ser admitida nas hipóteses excepcionais ali previstas, as quais não

teriam sido demonstradas, especialmente quanto à eficácia baseada em evidências ou às recomendações técnicas. Assim, a condenação à cobertura teria violado a limitação legal aplicável.

Aduz, ainda, que é legítima a limitação contratual de cobertura ao rol e às suas diretrizes, não se caracterizando abusividade, devendo prevalecer a força obrigatória do contrato, observadas a função social e a boa-fé.

No que tange à alegada violação dos artigos 1º, §1, e 10, §§1º e 4º, §13, da Lei 9.656/1998, e artigo 4º, inciso III, da Lei 9.961/2000 e violação aos artigos 35-F da Lei 9.656/1998, artigos 421 e 422 do Código Civil e art. 54, §4º, do Código de Defesa do Consumidor, verifica-se que seu conteúdo normativo não foi apreciado pelo Tribunal *a quo*, tampouco foram opostos embargos de declaração para sanar eventual omissão. Dessa forma, à falta do indispensável prequestionamento, incide, por analogia, o óbice das **Súmulas 282 e 356 do STF**. Nesse sentido:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. ARTIGO 1.022 DO CPC/15. OMISSÃO NÃO VERIFICADA. RESPONSABILIDADE CIVIL POR VÍCIO DE CONSTRUÇÃO. PRESCRIÇÃO DECENAL (CC/2002, ART. 205). SÚMULA 83/STJ. ARTIGOS 186 E 927 DO CÓDIGO CIVIL. DEFICIÊNCIA NA CONCEPÇÃO DO PROJETO DA OBRA. CAUSALIDADE ADEQUADA. REEXAME DE PROVAS. SÚMULA N. 7/STJ. ARTIGO 884 DO CÓDIGO CIVIL. SÚMULAS 282 E 356/STF. ART. 1.026 DO CPC/15 OMISSÃO NA DECISÃO AGRAVADA. VIA INADEQUADA. NÃO PROVIDO.

1. Não há falar-se em omissão ou falta de justificativa adequada nos casos em que o Tribunal de origem resolve a controvérsia na extensão da matéria devolvida.

2. A pretensão do consumidor de ser indenizado pelo prejuízo decorrente da entrega de imóvel com vícios de construção está sujeita ao prazo decenal previsto no artigo 205 do Código Civil.

Súmula 83/STJ.

3. Não cabe, em recurso especial, reexaminar matéria fático-probatória (Súmula n. 7/STJ).

4. Não se admite o recurso especial quando a questão federal nele suscitada não foi enfrentada no acórdão recorrido. Incidem as Súmulas 282 e 356 do Supremo Tribunal Federal (STF).

5. O agravo interno não é o recurso cabível (adequado) para apontar suposta omissão da decisão agravada. Precedentes.

6. Agravo interno a que se nega provimento.”

(AgInt no AREsp n. 2.506.495/MG, relatora Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**, Quarta Turma, julgado em 23/6/2025, DJEN de 26/6/2025, g.n.)

O acórdão aplica o Código de Defesa do Consumidor, reputa abusivas as cláusulas restritivas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, ressalta a função social e a boa-fé do contrato e desconsidera limitações de cobertura quando frustram o objeto do ajuste (fls. 924-926).

O entendimento acima encontra-se de acordo com a jurisprudência desta Corte Superior, firmado no sentido de que é ilegal a negativa de custeio, pelo plano de saúde, dos meios,

exames e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico ou de internação hospitalar relativos a doença coberta pelo plano contratado. Nesse sentido:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. CÂNCER DE OVÁRIO. NEGATIVA INJUSTIFICADA DE TRATAMENTO COM EXAME PET-SCAN. ACÓRDÃO RECORRIDO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. DANO MORAL DEVIDO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Conforme entendimento desta Corte de Justiça, "o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. Desse modo, entende-se ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário" (AgInt no REsp 1.453.763/ES, Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 1º/6/2020, DJe 15/6/2020).

2. De acordo com a jurisprudência desta Corte Superior, o descumprimento contratual por parte da operadora de saúde, que culmina em negativa de cobertura para procedimento de saúde, somente enseja reparação a título de danos morais quando houver agravamento da condição de dor, abalo psicológico ou prejuízos à saúde já debilitada do paciente, o que foi constatado pela Corte de origem no caso concreto. Incidência da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido."

(AgInt no AREsp 1781959/MG, Rel. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**, Terceira Turma, julgado em 03/05/2021, DJe 05/05/2021)

"CIVIL E CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. DEGENERAÇÃO MACULAR E DO POLO POSTERIOR. TRATAMENTO CONSTANTE DO ROL DA ANS. AUSÊNCIA DE ENQUADRAMENTO DO TRATAMENTO NAS DIRETRIZES DA ANS DE UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL APTA A AUTORIZAR O CUSTEIO DO TRATAMENTO. DANOS MORAIS. RECUSA BASEADA EM INTERPRETAÇÃO CONTRATUAL. EXCLUSÃO DA INDENIZAÇÃO. AGRAVO PARCIALMENTE PROVIDO.

1. Nos termos do entendimento desta Quarta Turma, firmado no julgamento do REsp 1.733.013/PR (Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, j. em 10/12/2019, DJe de 20/02/2020), o rol de procedimentos mínimos da ANS não pode ser visto como meramente exemplificativo, tampouco a cobertura do plano saúde como ilimitada, não sendo correto afirmar ser abusiva a exclusão do custeio dos meios e dos materiais necessários ao tratamento indicado pelo médico assistente que não estejam no rol da ANS ou no conteúdo contratual.

2. Não obstante, nada impede que, em situações excepcionais, e com base em decisão racionalmente fundamentada, o Juízo determine a cobertura de procedimento que verifique ser efetivamente imprescindível a garantir a saúde do beneficiário.

3. No caso em exame, o tratamento acha-se devidamente prescrito, como necessário e urgente, pelo médico que assiste a segurada, sendo esse tratamento previsto no rol da ANS, porém a recusa do Plano de Saúde está baseada no não enquadramento nas Diretrizes de Utilização do Tratamento Ocular Quimioterápico com Antiangiogênico, conforme invocada Resolução da ANS.

4. Nesse contexto, mostra-se devido o custeio do tratamento pelo Plano de Saúde para a doença - degeneração macular e do polo posterior do olho direito - conforme prescrição médica, encontrando-se justificada devido ao fato de a

segurada-beneficiária apresentar perda de 60% da visão do olho direito, com risco de perda total da visão, confirmando-se a determinação das instâncias ordinárias de custeio do procedimento pelo plano de saúde.

5. *"Havendo dúvida razoável na interpretação do contrato, a recusa da operadora de plano de saúde na cobertura de determinado procedimento, sem ofensa aos deveres anexos do pacto - como a boa-fé -, não pode ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, de modo que não fica configurada a conduta ilícita capaz de ensejar a indenização por danos morais"* (AgInt no AREsp 1.412.367/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÓAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/03/2020, DJe de 13/03/2020).

6. *Agravo interno parcialmente provido, afastando-se a condenação ao pagamento de reparação por danos morais.*

(AgInt no AREsp 1702226/SE, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 19/10/2021, DJe 17/11/2021)

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

(...)

2. *Nos termos da jurisprudência desta Corte, revela-se abusivo o preceito excludente do custeio, pelo plano de saúde, dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico ou de internação hospitalar relativos a doença coberta.*

2.1. *Igualmente abusiva a exclusão do custeio do tratamento consistente no uso off label de medicamento, o qual era imprescindível à conservação da vida e saúde do beneficiário. Incidência da Súmula 83 do STJ.*

3. *Agravo interno desprovido."*

(AgInt no AREsp 1524295/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, Quarta Turma, julgado em 16/12/2019, DJe 19/12/2019)

Incidência, portanto, do óbice da Súmula 83/STJ, pelas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional.

3. Violação aos artigos 186, 188, inciso I, e 927 do Código Civil.

Segundo a parte recorrente, não teria havido ato ilícito, já que a negativa se apoiaria em lei, contrato e normas regulatórias, caracterizando exercício regular de direito, o que afastaria o dever de indenizar por danos materiais e morais.

O acórdão reconhece a responsabilidade civil pela recusa indevida, afirma o abalo psíquico e cita a orientação do Superior Tribunal de Justiça, concluindo pela configuração do dano moral à luz do artigo 186 do Código Civil (fls. 927-929). Leia-se trecho da fundamentação do acórdão sobre o ponto:

"Como anteriormente relatado, trata-se de recurso de apelação cível, interposto por UNIMED CUIABÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, contra sentença proferida pelo Juízo de Direito da 11ª Vara Cível da Comarca de Cuiabá, que nos autos da Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenização por Danos Morais nº 1013735-45.2021.8.11.0041 julgou parcialmente procedentes os pedidos iniciais, confirmando a liminar anteriormente deferida, para condenar a requerida ao pagamento do valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) à parte autora, a título de indenização por danos morais, acrescidos de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir da citação e correção monetária

pelo INPC, a partir da data da sentença. Por fim, condenou a requerida ao pagamento de custas e honorários advocatícios, que fixou em 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 2º do CPC.

O recurso é tempestivo; as contrarrazões foram apresentadas; houve o devido preparo; desse modo, presentes os pressupostos de admissibilidade do recurso, recebo o recurso, em ambos os efeitos, conforme disposto no art. 1.012 do CPC.

Passo a analisá-lo.

Restou evidenciado nos autos, conforme laudo médico, que a parte necessita do exame, eis que portador de epilepsia com crises convulsivas generalizadas e contínuas e, em decorrência das crises vivenciadas, foi indicada a realização de um exame chamado painel de epilepsia, para a investigação da causa das convulsões contínuas, sendo que o menor sofre as crises ao menos quatro vezes por noite.

Diante de tal diagnóstico, não há que se falar em ausência de cobertura, em homenagem ao princípio da dignidade da pessoa humana, em razão da situação de completa hipossuficiência da apelada.

Ora, já restou consolidado o entendimento no sentido de que o rol da ANS é meramente exemplificativo, contendo apenas o mínimo obrigatório de procedimentos a serem cobertos pela operadora do plano de saúde, razão pela qual o fato de eventual tratamento médico não constar do aludido rol não significa que a sua prestação não possa ser exigida pelo segurado. A respeito, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça: [...]

Com efeito, deve-se ressaltar que as diretrizes de utilização da ANS servem somente de parâmetro, não se sobrepondo à prescrição e orientação do médico que assiste direta e pessoalmente o beneficiário do plano.

O Superior Tribunal de Justiça assentou: “é abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de arcar com a cobertura do medicamento prescrito pelo médico para o tratamento do beneficiário, sendo ele off label, de uso domiciliar, ou ainda não previsto em rol da ANS, e, portanto, experimental, quando necessário ao tratamento de enfermidade objeto de cobertura pelo contrato.” (AgInt no AREsp 1573008/SP, Relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 10/02/2020, DJe 12/02/2020).

Nos termos do art. 51, IV e XV, do Código de Defesa do Consumidor, são consideradas abusivas as cláusulas contratuais que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou que sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade ou que estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor.

Da análise do contrato de adesão, verifica-se constar da cláusula primeira que o contrato tem por objeto a cobertura de serviços conforme rol de procedimentos para os planos ambulatorial, hospitalar e obstétrico editado pelo Ministério da Saúde.

Com base em tal previsão, a apelante teria se recusado a cobrir as despesas com o exame chamado painel genérico para epilepsia, ao fundamento de que tal previsão não estaria prevista no rol taxativo.

Contudo, a recusa de cobertura pela ré não pode ser considerada legítima.

Mesmo que levada em consideração a alegação da apelante de que o paciente não se enquadra em nenhum dos procedimentos previstos no rol da ANS, tal

fato não obsta sua cobertura, pois a jurisprudência pátria vem entendendo que o rol apresentado pelo Ministério da Saúde por meio da Agência Nacional de Saúde não é taxativo, servindo apenas como referência para os planos de saúde privados. Vejamos: [...]

Ademais, tratando-se de uma relação de consumo, o contrato deve ser visto em razão de sua função social, definida como a finalidade pela qual visa o ordenamento jurídico conferir aos contratantes medidas e mecanismos jurídicos capazes de coibir qualquer desigualdade dentro da relação contratual, o que não significa limitar a liberdade contratual, mas sim, garantir a liberdade de contratar, preservando, legalmente, valores fundamentais ligados à dignidade humana. E é justamente neste aspecto que cabe ao Estado intervir para garantir o bem-estar social de todos os contratantes.

Ainda, mister se faz constar a aplicabilidade da norma consumerista aos contratos de plano de saúde, seja individual ou coletivo, ressalvados os de autogestão, que não é o caso, a teor do verbete sumular 608 do STJ, segundo o qual “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Logo, não há falar-se em aplicação subsidiária do CDC.

Nesse cenário, ao se fazer uma leitura do contrato de plano de saúde aderido pelo paciente, sob a ótica da legislação consumerista, chega-se à conclusão de que passou a ser abusiva a cláusula contratual que condiciona/exclui a cobertura da implantação de prótese, considerando-se que o procedimento é necessário à manutenção da vida do cliente.

Assim, tem-se que a negativa de cobertura da ré, com amparo na exclusão de cobertura contratual, mostra-se ilegítima, diante da relevância do bem jurídico em discussão, qual seja, o direito à vida e à dignidade humana. Portanto, deve ser desconsiderada a cláusula que estabelece restrições a direitos fundamentais inerentes à natureza do ajuste, mesmo que tais limitações estejam expressas com destaque no instrumento.

Nesse sentido vem sendo o entendimento pacificado na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça: [...]

Ademais, cabe exclusivamente ao médico de confiança da paciente/apelada decidir sobre o tratamento a ser adotado e a efetuar a prescrição medicamentosa, cabendo apenas à operadora do plano de saúde/apelante seguir tais recomendações.

Destarte, sendo a saúde um direito fundamental, não merece ser reformada a sentença proferida pelo Juízo a quo, cujo objetivo é justamente assegurar à parte esse direito.

Logo, tem-se que a apelante agiu com falha na prestação do serviço ofertado, vez que não há qualquer justificativa plausível para negar o fornecimento do tratamento prescrito pelo médico para que o exame possa ocorrer de maneira segura e eficaz à autora.

Sobre esse tema já se manifestou o STJ: [...]

Sendo a função social do contrato a preservação da vida e da saúde, vigorando o princípio da boa-fé objetiva, é claro que a intenção do consumidor é estar protegido no momento em que estiver com sua saúde fragilizada. E é essa a promessa também que a seguradora faz no momento da contratação.

É bem verdade que o contrato pode estabelecer algumas limitações ao direito do consumidor, excluindo alguns tipos de tratamento, bem como a cobertura de algumas doenças, entretanto, não pode furtar-se a custear o tratamento daquelas doenças cobertas pelo plano, sendo vedada a meia-cobertura.

A restrição ao tratamento indicado extrapola a razoabilidade e desequilibra a relação contratual ao colocar o paciente em desvantagem extremamente exagerada, pois restringe direitos inerentes à natureza do contrato, impossibilitando a realização plena do seu objeto e frustrando as legítimas expectativas do consumidor quando contrata um plano de saúde.

A propósito: [...]”

Com relação à indenização por danos morais, é fato notório o abalo psíquico que sofre o usuário ante o descumprimento, pela operadora de plano de saúde, da obrigação de arcar com as despesas médicas pactuadas.

Ao negar a prestação do serviço ofertado, a ré assumiu o risco de causar prejuízo ao paciente, frustrando suas expectativas de obtenção de atendimento a que necessitava se submeter, ultrapassando, portanto, o mero dissabor:

“A recusa indevida à cobertura médica ocasiona danos morais, pois agrava o contexto de aflição psicológica e de angústia sofrido pelo segurado.” (STJ, REsp 1072308/RS, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 25/05/2010).

Incontestável, portanto, a responsabilidade civil da apelante em ressarcir os danos experimentados pela recorrida, decorrentes da negativa de fornecimento do medicamento, nos moldes do art. 186 do Código Civil.

No que pertinente ao quantum indenizatório, é sabido que este deve possuir dupla função, qual seja, reparatória e pedagógica, devendo objetivar a reparação do prejuízo efetivamente sofrido pela vítima, bem como servir de exemplo para inibição de futuras condutas nocivas.

Sobre o tema, preleciona Humberto Theodoro Júnior:

“Impõe-se rigorosa observância dos padrões adotados pela doutrina e jurisprudência, inclusive dentro da experiência registrada no direito comparado para evitar-se que as ações de reparação de dano moral se transformem em expedientes de extorsão ou de espertezas maliciosas e injustificáveis. As duas posições sociais e econômicas, da vítima e do ofensor, obrigatoriamente, estarão sob análise, de maneira que o juiz não se limitará a fundar a condenação isoladamente na fortuna eventual de um ou na possível pobreza do outro.” (Júnior, Humberto Theodoro. Dano Moral. 5ª ed. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira).

Assim, entendo que o quantum indenizatório deve seguir os critérios da razoabilidade e da proporcionalidade, devendo ser fixado em valor que tenha realmente o condão de reparar ou ao menos amenizar o dano sofrido e, em contrapartida, inibir a reiteração da conduta ilícita, evitando-se que haja violação ao direito à honra e à imagem de outrem.

Se, por um lado, é certo que o valor da indenização por dano moral não pode ser fonte de enriquecimento ilícito para quem o sofreu, por outro, deve ser considerado que o referido valor não pode ser irrisório a ponto de não reparar o dano, devendo levar em conta a capacidade econômica das partes.

Assim, devem ser levadas em conta as peculiaridades de cada caso e, principalmente, o nível socioeconômico das partes, bem como a gravidade da lesão; de outro lado, objetiva-se desestimular o ofensor de novas condutas nocivas, buscando sua conscientização, a fim de evitar novas práticas lesivas.

Na hipótese, entendo que o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) arbitrado pelo magistrado “a quo” se mostra razoável, devendo ser mantido.”

Com efeito, verifica-se que o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte Superior, que possui entendimento no sentido de que, havendo cobertura para a doença, consequentemente haverá cobertura para procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano, ainda que se trate de medicamento experimental. Nesse sentido:

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. NEGATIVA DE COBERTURA. CONDUTA ABUSIVA. TRATAMENTO PRESCRITO POR PROFISSIONAL HABILITADO. RECUSA INDEVIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO. 1. É possível que o plano de saúde estabeleça as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado, sendo abusiva a negativa de cobertura do procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para sua realização, de acordo com o proposto pelo médico. Precedentes. 2. A jurisprudência desta Corte firmou o entendimento de que é 'abusiva a recusa de custeio do medicamento prescrito pelo médico responsável pelo tratamento do beneficiário, ainda que ministrado em ambiente domiciliar' (AgInt no AREsp 1.433.371/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, DJe de 24/9/2019). 3. Agravo interno a que se nega provimento" (AgInt no REsp 1.904.349/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 10/05/2021, DJe 09/06/2021).

"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. HEMODIÁLISE. NEGATIVA DE COBERTURA. ART. 535 DO CPC. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. CLÁUSULA ABUSIVA. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO DOS FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SÚMULA N. 283/STF. DECISÃO MANTIDA. 1. Inexiste afronta ao art. 535 do CPC quando o acórdão recorrido analisou todas as questões pertinentes para a solução da lide, pronunciando-se, de forma clara e suficiente, sobre a controvérsia estabelecida nos autos. 2. É pacífico nesta Corte o entendimento segundo o qual é abusiva a cláusula que exclui da cobertura do plano de saúde algum tipo de procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano. 3. O recurso especial que não impugna fundamento do acórdão recorrido suficiente para mantê-lo não deve ser admitido, a teor da Súmula n. 283/STF. 4. Agravo regimental a que se nega provimento." (AgRg no AREsp 121.036/SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Quarta Turma, julgado em 5/3/2013, DJe 14/3/2013)

Por sua vez, o entendimento reiterado desta Corte é no sentido de que a recusa administrativa indevida de cobertura de tratamento médico pela operadora de saúde somente configura dano moral quando ocasiona piora do estado doloroso, comprometimento emocional ou outros prejuízos à saúde já debilitada do paciente (AgInt no REsp 1.973.706/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 13/6/2022, DJe 15/6/2022). Nesse sentido:

"AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. NEGATIVA DE COBERTURA. DANOS MORAIS. NÃO CONFIGURAÇÃO. DÚVIDA RAZOÁVEL. PRECEDENTES DESTA

CORTE SUPERIOR. REINTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE.

1. A recusa da cobertura de tratamento por operadora de plano de saúde, por si só, não configura dano moral, notadamente quando fundada em razoável interpretação contratual. Precedentes.

2. "Não se conhece do recurso especial pela divergência, quando a orientação do tribunal se firmou no mesmo sentido da decisão recorrida" (Súmula 83/STJ).

3. Inviável, em recurso especial, a reinterpretação de cláusulas contratuais e o reexame de matéria fático-probatória. Incidência das Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.

4. Agravo interno a que se nega provimento."

(AgInt no REsp n. 1.876.718/DF, relatora Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**, Quarta Turma, julgado em 13/6/2022, DJe de 21/6/2022)

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO C/C PEDIDO DE REEMBOLSO. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA PARA REALIZAÇÃO DE EXAME PET-SCAN. ÍNDOLE ABUSIVA. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO RAZOÁVEL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que "o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. Desse modo, entende-se ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário. Precedentes" (AgInt no AREsp 1.661.348/MT, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 24/08/2020, DJe de 15/09/2020).

2. Nas hipóteses em que há recusa injustificada, por parte da operadora do plano de saúde, de cobertura para tratamento do segurado, com abalo emocional reconhecido, justificadamente, pela instância ordinária, como no presente caso, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento. Precedentes.

3. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais pode ser revisado em sede de recurso especial quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 2.000,00 (dois mil reais) não se mostra exorbitante nem desproporcional aos danos sofridos em decorrência da negativa ilegítima de realização de procedimento e exames prescritos para garantir a saúde ou a vida do beneficiário.

4. Agravo interno a que se nega provimento."

(AgInt no REsp n. 1.962.572/SP, relator Ministro **RAUL ARAÚJO**, Quarta Turma, julgado em 21/2/2022, DJe de 14/3/2022)

O Tribunal de origem, no exercício de sua competência para apreciar o acervo fático-probatório, concluiu que a negativa de cobertura médica ocasionou danos morais à parte autora, por ter ultrapassado o mero aborrecimento e intensificado sua aflição psicológica e angústia. Por essa razão, reconheceu a possibilidade de indenização a esse título (e-STJ fl. 1.378).

Alterar tal conclusão, especialmente no que se refere às circunstâncias concretas que teriam ensejado os danos morais, exigiria o reexame das provas produzidas nos autos, providência vedada em recurso especial, nos termos da Súmula 7/STJ.

4. Violação ao artigo 944, caput e parágrafo único, do Código Civil.

A parte recorrente alega que o valor fixado a título de dano moral deveria ser reduzido, por suposta desproporção entre a gravidade da culpa e a extensão do dano, segundo critérios de razoabilidade e proporcionalidade.

O acórdão fixa e mantém a indenização em R\$ 10.000,00 com base nos critérios de razoabilidade e proporcionalidade, destacando função reparatória e pedagógica, afastando a redução postulada (fls. 929-930).

Verifica-se, portanto, a incidência do óbice previsto na Súmula n. 7 do STJ (“*A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial*”), pois, embora seja possível a atuação desta Corte na revisão das astreintes, tal intervenção fica limitada às hipóteses em que os valores fixados na origem se revelem irrisórios ou manifestamente exorbitantes, o que não se constata na espécie.

Nesse sentido, a jurisprudência desta Corte Superior é firme ao reconhecer que, via de regra, não cabe, em recurso especial, a reavaliação dos valores arbitrados a título de honorários advocatícios ou de astreintes, uma vez que tal medida demandaria o reexame do conjunto fático-probatório, vedado pela Súmula 7/STJ. O afastamento desse óbice somente é admitido em situações excepcionais, quando claramente demonstrada a desproporção do valor fixado.

No mesmo sentido, destacamos os seguintes precedentes: AgInt no AREsp 1.551.437/SP, Rel. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**, Quarta Turma, DJe 26/8/2020; AgInt no AREsp 1.487.241/SC, Rel. Ministro **MOURA RIBEIRO**, Terceira Turma, DJe 14/8/2020; AgInt no REsp 1.479.479/AM, Rel. Ministro **OG FERNANDES**, Segunda Turma, DJe 29/6/2020.

Ante o exposto, conheço do agravo para negar provimento ao recurso especial.

Nos termos do art. 85, §11, do Código de Processo Civil de 2015, majoro os honorários advocatícios devidos à parte recorrida de 17% (dezessete por cento) para 18% (dezoito por cento).

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AREsp 2.478.006 / MT
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0341061-5

Número de Origem:
10137354520218110041

Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197

JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735

AGRAVADO : JETER LUCIANO DOS SANTOS

ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO

INTERES. : HILSA LUCIANO DOS SANTOS

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

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026, 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 e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha. Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 09 de fevereiro de 2026