



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2497780 - GO (2023/0409141-0)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : UNIMED RIO VERDE - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
ADVOGADO : MARCOS AURÉLIO SILVEIRA LIMA - GO018400
AGRAVADO : LUANY KAROLINE PEREIRA DA SILVA
ADVOGADO : CRISTHIANO GOMIDE MARTINS - GO041773

EMENTA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PRÓTESE CUSTOMIZADA PARA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL. DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS (DMI) E OPME. ROL DA ANS COMO COBERTURA MÍNIMA. ABUSIVIDADE DA RECUSA. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 83/STJ E 7/STJ. AGRAVO CONHECIDO PARA CONHECER PARCIALMENTE DO RECURSO ESPECIAL E, NESSA EXTENSÃO, NEGAR-LHE PROVIMENTO.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de considerar abusiva a cláusula que exclui ou limita a cobertura de próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico, aplicando-se a Súmula 83/STJ.
2. O rol da ANS estabelece cobertura mínima obrigatória, não impedindo o custeio de procedimentos e materiais não listados quando necessários ao sucesso do tratamento prescrito por profissional habilitado.
3. A utilização de dispositivos médicos implantáveis e materiais fazem parte integrante do tratamento e são necessários para o sucesso do procedimento cirúrgico, não podendo ser negados pelo plano de saúde.
4. Alterar a conclusão do acórdão quanto à imprescindibilidade do tratamento indicado e dos respectivos materiais exigiria o reexame de fatos e provas, o que é vedado em recurso especial pela Súmula 7/STJ.
5. Agravo conhecido para conhecer parcialmente do Recurso especial e, nessa extensão, negar-lhe provimento.

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 11/11/2025 a 17/11/2025, por unanimidade, conhecer parcialmente do recurso, mas lhe negar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Raul Araújo.

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

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

Brasília, 19 de novembro de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2497780 - GO (2023/0409141-0)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : UNIMED RIO VERDE - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
ADVOGADO : MARCOS AURÉLIO SILVEIRA LIMA - GO018400
AGRAVADO : LUANY KAROLINE PEREIRA DA SILVA
ADVOGADO : CRISTHIANO GOMIDE MARTINS - GO041773

EMENTA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PRÓTESE CUSTOMIZADA PARA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL. DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS (DMI) E OPME. ROL DA ANS COMO COBERTURA MÍNIMA. ABUSIVIDADE DA RECUSA. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 83/STJ E 7/STJ. AGRAVO CONHECIDO PARA CONHECER PARCIALMENTE DO RECURSO ESPECIAL E, NESSA EXTENSÃO, NEGAR-LHE PROVIMENTO.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de considerar abusiva a cláusula que exclui ou limita a cobertura de próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico, aplicando-se a Súmula 83/STJ.
2. O rol da ANS estabelece cobertura mínima obrigatória, não impedindo o custeio de procedimentos e materiais não listados quando necessários ao sucesso do tratamento prescrito por profissional habilitado.
3. A utilização de dispositivos médicos implantáveis e materiais fazem parte integrante do tratamento e são necessários para o sucesso do procedimento cirúrgico, não podendo ser negados pelo plano de saúde.
4. Alterar a conclusão do acórdão quanto à imprescindibilidade do tratamento indicado e dos respectivos materiais exigiria o reexame de fatos e provas, o que é vedado em recurso especial pela Súmula 7/STJ.
5. Agravo conhecido para conhecer parcialmente do Recurso especial e, nessa extensão, negar-lhe provimento.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por UNIMED RIO VERDE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA. contra decisão que inadmitiu seu recurso especial, fundamentado no art. 105, inciso III, alínea a, da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo eg. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, assim ementado:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS C/C TUTELA ANTECIPADA. APLICAÇÃO DO CDC. FORNECIMENTO DE PRÓTESES CUSTOMIZADAS.

DESIQUILÍBRIO CONTRATUAL. NÃO VERIFICADO. DO PAGAMENTO DE PROFISSIONAL NÃO CREDENCIADO. OBRIGAÇÃO AFASTADA. HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS. HONORÁRIOS RECURSAIS 1. Aplicam-se ao presente caso as disposições da Súmula 469 do STJ: “: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”. 2. É o profissional habilitado o responsável pela avaliação e prescrição de tratamento adequado para o paciente, bem como que cabe às operadoras de planos de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura. A utilização de dispositivos médicos implantáveis e materiais fazem parte do tratamento e são necessários para o sucesso de tal procedimento, de modo que não pode ser negado pelo plano de saúde. 3. Como os contratos de planos de saúde estão submetidos às normas do CDC, suas cláusulas devem ser interpretadas de maneira mais favorável à parte consumidora (art. 47, CDC), os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais procedimentos e tratamentos tem com cobertura, mas não lhes cabe limitar o tipo de tratamento que será prescrito, esse encargo pertence ao médico que assiste o paciente (art. 51, IV, § 1º, II, CDC, caso de priorização do direito à saúde e à vida em relação ao direito contratual). 4. De acordo com o Superior Tribunal de Justiça, “somente é exigível que os planos de saúde custeiem tratamento médico realizado por profissional não credenciado nas hipóteses de emergência ou urgência, inexistência de estabelecimento credenciado no local ou recusa do hospital conveniado” (STJ, AgInt no AREsp 1236879/SP, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 14/08/2018, DJe 05/09/2018), ou seja, o procedimento que não é emergência ou urgência deverá ser realizado por profissional e em hospitais credenciados ao plano de saúde. A Apelada optou por realizar o procedimento cirúrgico com profissional de sua confiança, mas que não é credenciado ao seu plano de saúde e, inclusive, assinou termo de autorização e declaração de honorários médicos, o que demonstra que deveria procurar profissional credenciado ao plano de saúde, de modo que não é possível obrigar que a apelante arque com o pagamento dos honorários. 5. Incomportável a majoração dos honorários em razão do provimento parcial do recurso. APELAÇÃO CONHECIDA E PARCIALMENTE PROVIDA.” (e-STJ, fls. 558-559).

Os embargos de declaração opostos pela UNIMED RIO VERDE - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA. foram rejeitados (e-STJ, fls. 609-617).

Em seu recurso especial, o recorrente alega violação dos seguintes dispositivos da legislação federal, com as respectivas teses:

(i) arts. 10, § 4º, 16, inciso VI, e 35-F, da Lei 9.656/1998, em conjunto com o art. 4º, incisos III e XXXVII, da Lei 9.961/2000, pois teria sido desrespeitada a competência regulatória da ANS para definir a amplitude das coberturas e o rol de procedimentos, o que implicaria indevida imposição de cobertura de DMI/OPME (próteses customizadas) fora do rol e sem indicação na bula da ANVISA.

(ii) arts. 4º, inciso III, e 47, do Código de Defesa do Consumidor, pois a interpretação adotada pelo acórdão teria desconsiderado a “harmonia” e o “equilíbrio” nas relações de consumo, conduzindo à nulidade de cláusulas limitativas válidas e à ruptura do sinalagma contratual ao impor cobertura não prevista.

(iii) art. 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor, pois cláusulas limitativas, redigidas com destaque e clareza, teriam sido reputadas abusivas, quando seriam legítimas em contratos de adesão de saúde suplementar, não podendo o Judiciário ampliar a cobertura além do pactuado e do rol da ANS.

Foram apresentadas contrarrazões (e-STJ, fls. 671-711).

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, a autora, beneficiária de plano de saúde, alegou ter sido indevidamente impedida de realizar cirurgia buco-maxilo-facial (“Reconstrução total de Mandíbula com prótese + Osteoplastia para Prognatismo Bilateral + Osteotomia Alvéolopalatina”), sob a justificativa de que as próteses customizadas e materiais correlatos não constariam do rol da ANS, apesar de quadro clínico grave com dor, perda de funções mastigatória, fonatória e oclusal. Propôs ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais c/c tutela antecipada, requerendo cobertura integral do procedimento em ambiente hospitalar, com todos os materiais necessários, e compensação por danos morais.

Na sentença, julgou-se parcialmente procedente a demanda: confirmou-se a tutela para que a operadora custeasse, no prazo de 10 dias, a internação, anestesia, todos os materiais necessários e demais elementos utilizados na intervenção cirúrgica indicada, afastando-se, porém, a obrigação de pagamento dos honorários do profissional não credenciado e fixando reembolso limitado ao valor devido na rede referenciada; rejeitou-se o pedido de danos morais; estabeleceu-se multa diária de R\$ 1.000,00 (limitada a 30 dias) e reconheceu-se sucumbência recíproca, com honorários em 10% do valor da causa (e-STJ, fls. 452-458).

No acórdão, a apelação da operadora foi conhecida e parcialmente provida, assentando-se a incidência do CDC (Súmula 469/STJ), a natureza de cobertura mínima do rol da ANS e o dever de custear os dispositivos médicos implantáveis e materiais necessários ao êxito do procedimento, mantendo a obrigação de fornecimento das próteses customizadas; por outro lado, afastou-se a imposição de custeio dos honorários do profissional não credenciado, por inexistirem hipóteses de urgência/emergência, inexistência de rede ou recusa de hospital conveniado, e reputou-se incabível a majoração de honorários em razão do provimento parcial (e-STJ, fls. 558-569).

A questão posta em relevo no presente recurso refere-se à imposição de cobertura de prótese customizada pela operadora de saúde, acerca da qual o Tribunal de origem decidiu pela aplicação do CDC, reconheceu que a utilização de DMI/OPME integra o tratamento e não pode ser negada, e tratou o rol da ANS como cobertura mínima, impondo o custeio dos materiais

necessários ao sucesso do procedimento, conforme se verifica nos trechos dos acórdãos recorridos a seguir transcritos:

“Destaca-se que é o profissional habilitado o responsável pela avaliação e prescrição de tratamento adequado para o paciente, bem como que cabe às operadoras de planos de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura. Conforme relatório juntado ao processo (mov.1, arq.12), o profissional que assiste a autora evidenciou a necessidade da cirurgia, diante do exame clínico e diagnóstico “de deformidade padrão II severa, associado a assimetria facial e degenerativa da ATM esquerda, apresentando ainda sinais importantes de Apneia Obstrutiva do Sono. Paciente Classe II de Angle associado a excesso vertical de maxila e assimetria facial. Paciente apresenta uma severa deficiência de mandíbula, com necessidade de grande rotação anti-horária do segmento”, o que comprova a necessidade do tratamento. Outra controvérsia se refere aos materiais, indicados pelo profissional que assiste a autora para a realização de tratamento indicado, pois vários item foram negados, tais como placa customizada, broca de desgaste etc. A apelante assevera não ser cabível a cobertura e fornecimento do tratamento bem como o uso de DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS (DMI) e materiais (OPME), sendo possível indicar tratamento similar, que é coberto pelo plano, contudo não se utiliza de placas customizadas. No entanto, a utilização de dispositivos médicos implantáveis e materiais fazem parte do tratamento e são necessários para o sucesso de tal procedimento, de modo que também não pode ser negado pelo plano de saúde. Assim, o plano de saúde deve custear o tratamento cirúrgico e os materiais pleiteados pela autora, que padece de enfermidade grave, e cuja necessidade restou devidamente comprovada. (...) Como os contratos de planos de saúde estão submetidos às normas do CDC, suas cláusulas devem ser interpretadas de maneira mais favorável à parte consumidora (art. 47, CDC), dessa forma, os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais procedimentos e tratamentos tem com cobertura, mas não lhes cabe limitar o tipo de tratamento que será prescrito, esse encargo pertence ao médico que assiste o paciente (art. 51, IV, § 1º, II, CDC, caso de priorização do direito à saúde e à vida em relação ao direito contratual). Em que pese toda a preocupação e responsabilidade com o equilíbrio econômico-financeiro nas relações contratuais, o que está em discussão é um bem maior, qual seja a saúde é bem-estar da apelada.” (e-STJ, fls. 563-564)

“Portanto, o rol orientador da ANS prevê apenas coberturas mínimas, sendo necessário no presente caso a aplicação do CDC, que garante ao consumidor o sucesso do tratamento terapêutico, com a cobertura de acordo com o que foi determinado pelo profissional de saúde.” (e-STJ, fls. 614)

Com efeito, a conclusão adotada pelo tribunal estadual encontra-se em harmonia com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, firmada no sentido de ser abusiva a cláusula que exclui ou limita a cobertura de próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico, incidindo, na espécie, o enunciado da Súmula 83/STJ.

Ademais, alterar o que foi decidido no acórdão impugnado, no que se refere à imprescindibilidade do tratamento indicado e dos respectivos materiais, exige o reexame de fatos e provas, o que é vedado, em recurso especial, pela Súmula 7/STJ.

Nesse sentido:

DIREITO CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PRÓTESE CUSTOMIZADA. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 83/STJ E 7/STJ. AGRAVO CONHECIDO PARA NÃO CONHECER DO RECURSO ESPECIAL.

I. Caso em exame 1. Agravo em recurso especial interposto contra decisão que inadmitiu recurso especial, sob o fundamento de que o acórdão recorrido está em consonância com a nova disposição legal sobre a cobertura de procedimentos não listados no rol da ANS, conforme a Lei nº 14.454/2022.

2. O recorrido, beneficiário de plano de saúde, teve indicação de cirurgia de artroplastia da ATM bilateral com prótese customizada, mas a operadora recusou-se a custear alguns materiais solicitados.

3. A Corte Estadual entendeu que a tabela geral de auxílio Cassi (TGA) prevê cobertura para os procedimentos requisitados e que a negativa de cobertura foi abusiva, considerando a comprovação científica e o plano terapêutico apresentados.

II. Questão em discussão 4. A questão em discussão consiste em saber se a negativa de cobertura de prótese customizada para cirurgia de artroplastia da ATM bilateral, não listada no rol da ANS, é abusiva à luz da Lei nº 14.454/2022.

5. A questão também envolve a análise da possibilidade de reexame de fatos e provas em recurso especial, conforme a Súmula 7/STJ.

III. Razões de decidir 6. A decisão do Tribunal de origem está em consonância com a Lei nº 14.454/2022, que permite a cobertura de procedimentos não listados no rol da ANS, desde que haja comprovação de eficácia ou recomendações de órgãos técnicos.

7. A análise do acórdão recorrido não pode ser alterada em recurso especial, pois exigiria o reexame de fatos e provas, o que é vedado pela Súmula 7/STJ.

8. A jurisprudência do STJ considera abusiva a cláusula que exclui ou limita a cobertura de próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico.

IV. Dispositivo 9. Agravo conhecido para não conhecer do recurso especial.

(AREsp n. 2.659.834/SP, relatora Ministra Daniela Teixeira, Terceira Turma, julgado em 23/6/2025, DJEN de 26/6/2025.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. CIRURGIA DE CRANIOPLASTIA. RECONSTRUÇÃO ÓSSEA DO CRÂNIO. PRÓTESE 3D CUSTOMIZADA. CUSTEIO. OBRIGATORIEDADE. RECUSA INDEVIDA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. VALOR INDENIZATÓRIO. RAZOABILIDADE. REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ.

1. Discute-se nos autos acerca do custeio pelo plano de saúde de prótese 3D customizada para cirurgia de reconstrução óssea do crânio e da caracterização dos danos morais.

2. Não viola os arts. 489 e 1.022, I e II, do Código de Processo Civil nem importa em negativa de prestação jurisdicional o acórdão que adota fundamentação suficiente para a resolução da causa, porém diversa da pretendida pelo recorrente, decidindo de modo integral a controvérsia posta.

3. O Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento no sentido da obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde de órteses e próteses ligadas a procedimento cirúrgico.

4. Em regra, a recusa indevida pela operadora de plano de saúde de cobertura médico-assistencial gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combatido pelas condições precárias de saúde, não constituindo, portanto, mero dissabor, insito às situações correntes de inadimplemento contratual.

5. Existem casos em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, não podendo ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a conduta de operadora que optar pela restrição de cobertura sem ofender, em contrapartida, os deveres anexos do contrato, tal qual a boa-fé, o que afasta a pretensão de compensação por danos morais.

6. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante a título de danos morais fixado pelas instâncias

ordinárias apenas quando irrisório ou abusivo, circunstâncias inexistentes no presente caso, em que arbitrada indenização no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

7. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp n. 2.024.035/PR, relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 24/6/2024, DJe de 26/6/2024.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ÓRTESE CRANIANA SUBSTITUTIVA DE NEUROCIRURGIA FUTURA. OBRIGATORIEDADE DE CUSTEIO. CONSONÂNCIA DO ACÓRDÃO RECORRIDO COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. Esta Corte tem entendimento de que "a lei estabelece que as operadoras de plano de saúde não podem negar o fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios indispensáveis ao sucesso da cirurgia, como por exemplo a implantação de stents ou marcapassos em cirurgias cardíacas. Se o fornecimento de órtese essencial ao sucesso da cirurgia deve ser custeado, com muito mais razão a órtese que substitui esta cirurgia, por ter eficácia equivalente sem o procedimento médico invasivo do paciente portador de determinada moléstia" (REsp 1.731.762/GO, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, DJe de 28/5/2018). 2. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que "a cobertura da órtese craniana indicada para o tratamento de braquicefalia e plagiocefalia posicional não encontra obstáculo nos artigos 10, VII, da Lei n. 9.656/98 e 20, §1º, VII da Resolução Normativa 428/2017 da ANS (atual 17, VII, da RN 465 /2021, visto que, apesar de não estar ligada ao ato cirúrgico propriamente dito, sua utilização destina-se a evitar a realização de cirurgia futura para correção da deformidade, evitando consequências funcionais negativas em recém-nascidos e crianças" (REsp 1.893.445/SP, Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 18/4/2023, DJe de 4/5/2023). 3. O entendimento adotado no acórdão recorrido coincide com a jurisprudência assente desta Corte Superior, circunstância que atrai a incidência da Súmula 83/STJ. 4. Agravo interno desprovido. (AgInt no REsp n. 1.925.510/DF, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 27/11/2023, DJe de 1/12/2023.)

Por todo exposto, conheço do agravo para conhecer parcialmente do recurso especial e, nessa extensão, negar-lhe provimento.

Nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios em 1% (um por cento) sobre a base de cálculo fixada na origem, em favor dos advogados da parte recorrida.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AREsp 2.497.780 / GO
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0409141-0

Número de Origem:

551672102 55167210220228090093

Sessão Virtual de 11/11/2025 a 17/11/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : UNIMED RIO VERDE - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

ADVOGADO : MARCOS AURÉLIO SILVEIRA LIMA - GO018400

AGRAVADO : LUANY KAROLINE PEREIRA DA SILVA

ADVOGADO : CRISTHIANO GOMIDE MARTINS - GO041773

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE -
FORNECIMENTO DE INSUMOS

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 11/11/2025 a 17/11/2025, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso, mas lhe negou provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Raul Araújo.

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

Brasília, 17 de novembro de 2025