



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2129348 - SP (2024/0082661-4)

RELATORA : MINISTRA DANIELA TEIXEIRA
RECORRENTE : U C C DE T M
ADVOGADOS : JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197
JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735
RECORRIDO : L B S (MENOR)
RECORRIDO : LUCIANA APARECIDA BENJAMIN - POR SI E REPRESENTANDO
ADVOGADA : VERA LÚCIA FERREIRA - SP257186
INTERES. : C N U - C C

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA INTRAUTERINA PARA CORREÇÃO DE MIELOMENINGOCELE. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE MITIGADA. HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. REEMBOLSO INTEGRAL. REEXAME DE PROVAS. INVIABILIDADE. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto por operadora de plano de saúde (Unimed Cuiabá) contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que manteve sentença condenando-a ao reembolso integral de cirurgia fetal para correção de mielomeningocele, realizada por profissional não pertencente à rede credenciada. A beneficiária, gestante, alegou ausência de estrutura e profissional capacitado para o procedimento na rede do plano, tendo buscado atendimento fora da rede credenciada. A operadora recusou a cobertura com fundamento na ausência do procedimento no rol da ANS e por ter sido realizado em hospital não conveniado.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é obrigatória a cobertura, por plano de saúde, de procedimento médico não incluído no rol da ANS quando recomendando por profissional especializado e diante de situação de urgência; e (ii) estabelecer se é devido o reembolso integral do tratamento realizado fora da rede credenciada, em razão da ausência de alternativa equivalente na rede contratada.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência do STJ considera o rol de procedimentos da ANS como taxativo, em regra, admitindo-se, contudo, cobertura excepcional de procedimentos extra rol quando inexistente substituto terapêutico eficaz e houver recomendação médica com base em evidências e respaldo técnico-científico.

4. O acórdão recorrido assentou, com base nas provas dos autos, que a cirurgia intrauterina era urgente, eficaz e não disponível na rede credenciada, sendo a médica contratada a única profissional no país a realizar a técnica minimamente invasiva recomendada.

5. A recusa da cobertura afronta os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, comprometendo o próprio objeto da avença, diante da inércia da operadora em oferecer alternativa viável e tempestiva.

6. A modificação do entendimento adotado pelo Tribunal estadual demandaria reexame de cláusulas contratuais e fatos específicos da causa, providência vedada pela aplicação das Súmulas 5 e 7 do STJ.

7. Em casos excepcionais de urgência e inexistência de rede credenciada apta, é legítima a condenação ao reembolso integral das despesas suportadas pelo beneficiário, conforme precedentes desta Corte Superior.

IV. DISPOSITIVO

8. Recurso não conhecido.

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 17/06/2025 a 23/06/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 24 de junho de 2025.

Ministra Daniela Teixeira
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2129348 - SP (2024/0082661-4)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : **U C C DE T M**
ADVOGADOS : **JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197**
 : **JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735**
RECORRIDO : **L B S (MENOR)**
RECORRIDO : **LUCIANA APARECIDA BENJAMIN - POR SI E REPRESENTANDO**
ADVOGADA : **VERA LÚCIA FERREIRA - SP257186**
INTERES. : **C N U - C C**

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA INTRAUTERINA PARA CORREÇÃO DE MIELOMENINGOCELE. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. ROL DA ANS. TAXATIVIDADE MITIGADA. HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. REEMBOLSO INTEGRAL. REEXAME DE PROVAS. INVIABILIDADE. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto por operadora de plano de saúde (Unimed Cuiabá) contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que manteve sentença condenando-a ao reembolso integral de cirurgia fetal para correção de mielomeningocele, realizada por profissional não pertencente à rede credenciada. A beneficiária, gestante, alegou ausência de estrutura e profissional capacitado para o procedimento na rede do plano, tendo buscado atendimento fora da rede credenciada. A operadora recusou a cobertura com fundamento na ausência do procedimento no rol da ANS e por ter sido realizado em hospital não conveniado.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é obrigatória a cobertura, por plano de saúde, de procedimento médico não incluído no rol da ANS quando recomendando por profissional especializado e diante de situação de urgência; e (ii) estabelecer se é devido o reembolso integral do tratamento realizado fora da rede credenciada, em razão da ausência de alternativa equivalente na rede contratada.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência do STJ considera o rol de procedimentos da ANS como taxativo, em regra, admitindo-se, contudo, cobertura excepcional de procedimentos extra rol quando inexistente substituto terapêutico eficaz e houver recomendação médica com base em evidências e respaldo técnico-científico.

4. O acórdão recorrido assentou, com base nas provas dos autos, que a cirurgia intrauterina era urgente, eficaz e não disponível na rede credenciada, sendo a médica contratada a única profissional no país a realizar a técnica minimamente invasiva recomendada.

5. A recusa da cobertura afronta os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, comprometendo o próprio objeto da avença, diante da inércia da operadora em oferecer alternativa viável e tempestiva.

6. A modificação do entendimento adotado pelo Tribunal estadual demandaria reexame de cláusulas contratuais e fatos específicos da causa, providência vedada pela aplicação das Súmulas 5 e 7 do STJ.

7. Em casos excepcionais de urgência e inexistência de rede credenciada apta, é legítima a condenação ao reembolso integral das despesas suportadas pelo beneficiário, conforme precedentes desta Corte Superior.

IV. DISPOSITIVO

8. Recurso não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Especial interposto por U C C DE T M contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo assim ementado (e-STJ fl. 772):

CERCEAMENTO DE DEFESA Desnecessidade de produção de novas provas Existência de provas suficientemente esclarecedoras nos autos Preliminar afastada. PLANO DE SAÚDE Autora que, gestante, foi submetida à realização de ultrassonografia morfológica, tendo sido constatado ser o feto portador de "Mielomeningocele com herniação cerebelar (CID Q35.0 + Q05)" Indicação de procedimento cirúrgico intrauterino Autora beneficiária do plano de saúde operado pela Unimed Cuiabá Autora que alegou inexistir profissional especializado na área de abrangência do contrato Hipótese em que restou incontroversa a urgência do quadro clínico da requerente e do feto Recusa injusta à cobertura sob a justificativa de que o tratamento não estaria no Rol da ANS Recusa Indevida Violação da boa-fé objetiva e da função social do contrato Taxatividade do rol da ANS que não é absoluta Atribuição do profissional

escolhido pela paciente estabelecer qual o método mais adequado para o tratamento da doença. Hipótese em que não foi demonstrado haver atualização do rol ou contraindicação ao tratamento de eficácia notória Súmulas 102 do TJSP Caso em que não restou comprovada, nos autos, a existência de rede credenciada apta a realizar o tratamento prescrito à autora Ônus que cabia à ré, não tendo ela se desincumbido de comprovar suas alegações Reembolso Integral mantido Precedentes deste E. TJSP Sentença mantida Recurso desprovido. .

Segundo a parte recorrente, o recurso preenche os requisitos necessários ao conhecimento e provimento.

Intimada nos termos do art. 1.042, § 3º, do Código de Processo Civil, a parte recorrida afirmou a inexistência de requisitos ou elementos aptos a promover a alteração do julgado impugnado (e-STJ fls.813-825).

O recurso especial foi admitido pelo presidente da Seção de Direito Privado, Beretta da Silveira (e-STJ fls. 834-836).

É o relatório.

VOTO

O recurso especial é tempestivo e cabível, pois interposto em face de decisão que negou provimento ao recurso de apelação interposto na origem (art. 105, III, “a”, da Constituição Federal).

Entretanto, o recurso não merece conhecimento.

A recorrente alega que demonstrou a inexistência de obrigação legal ou contratual ao fornecimento do tratamento pretendido, ante à inexistência de previsão no rol da ANS e em hospital não credenciado ao plano de saúde (e-STJ fl. 787); há procedimento inserido no rol da ANS para o caso da recorrida e não há comprovação científica para tratamento perquirido pela recorrente, logo não há o que se falar em obrigação de custeio por parte da recorrente, ainda mais por ser realizado em hospital não credenciado (e-STJ fl. 796); a existência de cláusula contratual nos contratos firmados entre as operadoras de planos de saúde, que exclui a cobertura de tratamentos em desacordo com o rol de procedimentos estabelecido pela ANS, como é o caso dos autos, está em consonância com os dispositivos ínsitos da Lei n. 9.656/1998, e com o Artigo 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor, razão pela qual não pode ser tida como abusiva, devendo, tampouco, ser declarada nula (e-STJ fl. 798) e; a autora buscou atendimento em hospital não credenciado, mesmo tendo pleno conhecimento de que tal estabelecimento e médico não possuem cobertura contratual por não pertencer à rede credenciada, conforme expressamente, e de forma clara, consta do contrato (e-STJ fl. 801).

Porém, verifica-se que o Tribunal de origem assim assentou sobre as controvérsias em questão (e-STJ fls. 773-779 - grifos acrescidos):

As provas produzidas nos autos eram suficientes para a solução do litígio, sendo desnecessária e despicienda a produção de qualquer outra para a solução da controvérsia.

Passa-se ao exame da questão de mérito.

O recurso não comporta provimento.

De imediato, em que pese as alegações da apelante, importante salientar que incide sobre a análise do caso a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, sendo pertinente apegar-se aos termos da súmula 608 do C. STJ, que, de maneira sucinta e objetiva, determina: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

*Segundo se nota, após ter sido a autora gestante, à época, submetida à realização de ultrassonografia morfológica, constatou-se ser o feto portador de “Mielomeningocele com herniação cerebelar (CID Q35.0 + Q05)”. Em razão da detecção de tal enfermidade ao longo da gestação, **“foi indicado à Autora que consultasse a Dra. Denise Araújo Lapa (CRM 59.174), que por sua vez recomendou a intervenção cirúrgica intrauterina a ser realizada URGENTEMENTE, acreditando em grandes chances de sucesso. A Dra. Denise Araújo Lapa (CRM 59.174), visando contribuir para a evolução do procedimento, desenvolveu uma técnica cirúrgica, passando a realizar o procedimento através de FETOSCOPIA, ou seja, sem necessidade de ser realizada a céu aberto”** (fls. 22).*

*A autora afirmou inexistir profissional médico apto na rede credenciada da Unimed Cuiabá, pretendendo, por força da abrangência nacional do plano (fls. 48 dos autos principais), a realização do referido procedimento cirúrgico, no Hospital Albert Einstein, pela Dra. Denise Araújo Lapa, a qual **“é A ÚNICA CIRURGIÃ BRASILEIRA A REALIZAR A CIRURGIA INTRAUTERINA sem necessidade de abertura do útero para correção da Mielomeningocele, contando com inúmeros procedimentos realizados com sucesso”** (fls. 26).*

Assim, solicitada a realização do procedimento prescrito, sobreveio negativa por parte da recorrida.

Sabidamente, cabe somente ao médico, e não à operadora do plano de saúde, a indicação do tratamento adequado ao paciente, não sendo lícito que aquela oponha óbices infundados, que se revestem de caráter puramente financeiro. A restrição imposta pela operadora de plano de saúde, em evidente afronta aos princípios da boa-fé e da função social do contrato celebrado, inviabilizava o próprio objeto da avença, cuja finalidade seria garantir a assistência à saúde dos beneficiários.

Tenha-se em mente que “Uma vez coberto o tratamento de saúde, a opção da técnica a ser utilizada para sua realização cabe ao médico especialista. A cobertura do método escolhido é consectário lógico,

não havendo que se restringir o meio adequado à realização do procedimento” (AgInt no REsp 1696149/SP, 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, Relª. Minª Maria Isabel Gallotti, em 22/05/2018, DJe 01/06/2018).

Frise-se que, “De acordo com a orientação jurisprudencial do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado” (AgInt no AREsp n. 1198799/SP, 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, Rel. Min. Lázaro Guimarães (Des. Conv. TRF5), julgado em 17/5/18, D Je 25/5/18).

Além disso, “Consoante a jurisprudência desta Corte, é abusiva a negativa de cobertura, pelo plano de saúde, a algum tipo de procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no contrato” (AgInt nos E Dcl no AREsp n. 1028079/MG, 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, Rel. Min. Antonio Carlos Ferreira, em 22/8/17, DJe 31/8/17).

Importante reforçar que, mutatis mutandis, “O objetivo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto, desde que esteja prevista contratualmente a cobertura referente à determinada patologia; a seguradora se obriga a indenizar o segurado pelos custos com o tratamento adequado desde que sobrevenha a doença, sendo esta a finalidade fundamental do seguro-saúde./ Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor” (REsp nº 1053810 - SP, 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, Rel. Min. Nancy Andrighi, em 17/12/09, DJe 15/3/10) (grifos nossos).

Sobre a taxatividade do rol de procedimentos da ANS, não é ela absoluta; tem como pressuposto lógico a atualização de referido rol, de forma prioritária e célere, nos termos dos §§7º e 8º inseridos no art. 10 da Lei nº 9.656/98 pela Lei nº 14.307/22.

Por ocasião do julgamento dos Embargos de Divergência em R Esp n. 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, firmou-se o entendimento de que o rol é apenas em regra taxativo. Pacificou-se que “a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista”, certo que, “não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais

(como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS”.

No mesmo sentido, os §§ 12 e 13 recentemente inseridos ao art. 10 da Lei nº 9.656/98 pela Lei nº 14.454/22 dispõem que “§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde”, certo que “§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou/ II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais”.

Significa dizer que não havendo atualização do rol de procedimentos da ANS, nem indicação de substituto terapêutico, nem contraindicação ao tratamento prescrito pelo médico de confiança da paciente, não se há de restringir a cobertura ao medicamento com eficácia notória, como no caso em exame.

Destaca-se que, “(...) 'tratamento experimental' é aquele desprovido de qualquer base científica, não aprovado pela comunidade e literatura médicas, muito menos ministrado a pacientes em situação similar. Seriam os casos, por exemplo, de tratamentos à base de florais, cromoterapia, ou outros, ainda sem comprovação científica séria” (Ap. Cív. nº 1013610-73.2021.8.26.0554, 1ª Câmara de Direito Privado do TJSP, v. un.; Rel. Francisco Loureiro, em 23/3/22).

Ainda, “o conceito de experimental, em tema de tal ordem, deve estar relacionado diretamente ao medicamento em si quando ainda em fase de testes e experimentos, dependentes de resultado eficaz e de efetiva aprovação dos órgãos governamentais, e não ao seu emprego prático, descabendo qualificar o trabalho ou a opção médica do profissional responsável.” (Ap. Cív. nº 0127078-32.2009.8.26.0011 São Paulo, 8ª Câmara de Direito Privado do TJSP, v. un.; Rel. Luiz Ambra, em 26/9/12).

Plenamente aplicável na hipótese a razão os firmados por esta Corte no sentido de que, “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS” (Súmula 102, TJSP).

Nos termos em que fundamentado o decisum apelado (fls. 500/502), "O procedimento é indicado para a condição do nascituro e compatível com o período gestacional da mãe, e foi prescrito pela médica assistente com base em evidências científicas e plano terapêutico. Somente o método cirúrgico convencional para tratamento de disrafismos espinhal consta do rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recente alteração legislativa, porém, determina a cobertura de outros procedimentos, desde que comprava a eficácia à luz das ciências da saúde, conforme art. 10, §13º, da Lei 9.656/98, incluído pela Lei 14.454/2022".

Quanto às alegações da ré de que possuiria rede credenciada apta ao caso em questão, por se tratar de uma relação consumerista cujo ônus da prova cabia à própria ré, não se desincumbiu a apelante de demonstrar aptidão de, por meio delas, prestar o tratamento estritamente necessário e prescrito à autora, de forma que não se comprovou a existência, dentre aquelas integrantes da rede referenciada, de estabelecimento ou profissional capaz de atender às necessidades do paciente.

Como destacado na sentença, "As rés não comprovam, por sua vez, ter rede credenciada apta a fornecer o referido tratamento, sendo devido o custeio integral das despesas sem aplicação dos limites do contrato, porque não houve livre escolha de prestadores particulares" (fls. 502).

Por sua vez, como pontuado pela Douta Procuradoria de Justiça (fls. 615/621), "Ressalta-se, outrossim, que a apelante não demonstrou possuir na sua rede credenciada hospital ou profissionais capacitados para realização da cirurgia que a paciente necessitava, devendo, assim, se responsabilizar pelos custos realizados em entidade particular. Nesse caso, não indicando onde a paciente poderia o procedimento médico, a operadora de saúde deve arcar com as despesas do ato cirúrgico. (...) Dessa forma, a determinação de custeio integral das despesas com o procedimento cirúrgico da paciente, incluindo os honorários médicos, se mostrou a melhor solução, merecendo manutenção a r. sentença".

Por fim, veja-se decisão desta Câmara no julgamento de caso que tratava, igualmente, do custeio integral de procedimentos fora da rede credenciada do plano de saúde requerido:

"PLANO DE SAÚDE Restituição de despesas médico-hospitalares em nosocômio não credenciado Situação de emergência atestada em prontuário médico Parto prematuro, sendo indispensável a UTI neonatal Suporte não disponível no hospital credenciado em que deu entrada Não comprovada a indicação pela operadora de outros estabelecimentos credenciados com a estrutura de que necessitava a beneficiária Ressarcimento integral obrigatório Art. 35-C da Lei nº. 9656/98 Recurso desprovido" (Ap. Cív. nº 1127644-75.2015.8.26.0100; 1ª Câmara de Direito Privado do TJSP, v. un.; Rel. Rui Cascaldi, em 20/2/18).

Outrossim, é o entendimento consolidado por esta Corte no julgamento de casos análogos ao da autora, com realização de cirurgia intrauterina pré-natal:

(...)

É o que basta para reconhecer-se que a recusa da operadora do plano de saúde mostrou-se injusta, devendo a requerida custear o tratamento na forma indicada nos relatórios médicos da autora. Além disso, inexistindo profissional credenciado apto a realizar a cirurgia em questão, era realmente o caso de a ré custear integralmente todas as despesas médicas e hospitalares atinentes ao caso em questão, sob pena de caracterização de grave afronta aos princípios da boa-fé e da função social do contrato celebrado, o que não seria admissível.

Irrepreensível, pois, a sentença apelada.

A Segunda Seção desta Corte Superior entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não estando as operadoras de saúde obrigadas a cobrirem tratamentos não previstos na lista. Contudo, o Colegiado fixou parâmetros para que, em situações excepcionais, os planos custeiem procedimentos não previstos na lista, a exemplo de terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor. Por maioria de votos, a Seção definiu as seguintes teses: 1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo; 2. A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol; 3. É possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra rol; 4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

Ainda de acordo com a jurisprudência, quando o caso em análise trazer peculiaridade destacadas no acórdão recorrido, na medida em que o tratamento pleiteado não foi ofertado pelo plano de saúde em sua rede credenciada, 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 de 1º/9/2021/AgInt no AREsp n. 2.265.372/RJ, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 9/10/2023, DJe de 16/10/2023/ 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).

Neste sentido, observa-se que a Corte Estadual, competente para análise do material probatório dos autos, bem como das cláusulas contratuais do plano de saúde, após a devida instrução processual, entendeu que a parte recorrida necessitava de tratamento com urgência e não havia hospitais credenciados pela recorrente, além do mais, menciona em sua argumentação que a profissional contratada é a única cirurgiã brasileira a realizar a cirurgia intrauterina sem necessidade de abertura do útero para correção da mielomeningocele, contando com inúmeros procedimentos realizados com sucesso.

Ainda de acordo com o acórdão transcrito, a restrição imposta pela operadora de plano de saúde afronta aos princípios da boa-fé e da função social do contrato celebrado inviabilizava o próprio objeto da avença.

Com efeito, a reforma do Acórdão implicaria em análise do conjunto fático-probatório, principalmente as cláusulas do contrato de prestação de cobertura médica, tendo em vista que haveria necessidade de verificação das circunstâncias do caso concreto, para reconhecimento das garantias de tratamentos a que a recorrida teria direito, o que encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

A teor da jurisprudência desta Corte, "A simples interpretação de cláusula contratual não enseja recurso especial." (Súmula nº 5 do Superior Tribunal de Justiça).

Com efeito, a discussão de questões afetas à interpretação contratual, notadamente a do teor e sentido de cláusulas, mostra-se incompatível com o propósito e rito dos recursos especiais, destinados à verificação da interpretação e aplicação do direito federal.

Não por outra razão, a jurisprudência desta Corte tem reiterado que " É inviável rever, na via do recurso especial, conclusões das instâncias de cognição plena que resultam do estrito exame do acervo fático-probatório carreado nos autos e da interpretação de cláusulas contratuais (Súmulas nº 5 e 7 do STJ)." (REsp n. 2.123.587/SC, relatora Ministra Nancy Andrigli, relator para acórdão Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 4/2/2025, DJEN de 19/2/2025 .)

No mesmo sentido:

PROCESSUAL CIVIL. CONTRATOS. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ROL DA

ANS. TAXATIVIDADE. FLEXIBILIZAÇÃO. POSSIBILIDADE. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AUTISMO. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. NEGATIVA DE COBERTURA. ILEGALIDADE. SERVIÇO INEXISTENTE NA REDE CONVENIADA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. POSSIBILIDADE. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. *Cumpra-se observar os seguintes parâmetros objetivos para admitir, em hipóteses excepcionais e restritas, o afastamento das limitações contidas na lista da ANS: "1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS" (EREsp n. 1.889.704/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022).*

2. *Quanto ao tratamento multidisciplinar para autismo, reconheceu a Segunda Seção, no citado precedente, que é devida a cobertura, sem limite de sessões, admitindo-se que está previsto no rol da ANS, nos seguintes termos: "a) para o tratamento de autismo, não há mais limitação de sessões no Rol; b) as psicoterapias pelo método ABA estão contempladas no Rol, na sessão de psicoterapia; c) em relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec, de novembro de 2021, elucida-se que é adequada a utilização do método da Análise do Comportamento Aplicada - ABA."*

3. *O entendimento do Tribunal de origem, ao determinar a cobertura, pelo plano de saúde, de tratamento multidisciplinar para autismo sem limitação de sessões, concorda com a recente jurisprudência do STJ.*

4. *Analizando controvérsia quanto à obrigação de reembolso por cirurgia realizada em hospital não credenciado, por opção do beneficiário - sendo prestado o serviço pela rede credenciada -, a Segunda Seção também 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" (EAREsp 1.459.849/ES, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

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. Nesse sentido: AgInt no REsp n. 1.956.468/SP, de minha relatoria, QUARTA TURMA, julgado em 2/5/2022, DJe de 6/5/2022.

7. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula n. 7 do STJ).

8. Seria necessário o reexame dos fatos e das provas para alterar o entendimento do Tribunal de origem sobre a obrigação da empresa de saúde de custear a terapêutica postulada, indisponível na rede credenciada.

9. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.083.773/MS, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 22/2/2023.)

Ante o exposto, **não conheço** do Recurso Especial.

Majoro o percentual de honorários sucumbenciais para 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**REsp 2.129.348 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0082661-4

Número de Origem:
10339053820218260100

Sessão Virtual de 17/06/2025 a 23/06/2025

SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. MARIA IRANEIDE OLINDA SANTORO FACCHINI

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : U C C DE T M

ADVOGADOS : JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197

JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735

RECORRIDO : L B S (MENOR)

RECORRIDO : LUCIANA APARECIDA BENJAMIN - POR SI E REPRESENTANDO

ADVOGADA : VERA LÚCIA FERREIRA - SP257186

INTERES. : C N U - C C

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 17/06/2025 a 23/06/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 23 de junho de 2025