



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2141136 - SP (2024/0157421-7)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : **AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.**
ADVOGADOS : **JULIANA ROSA QUISSAK DE ASSIS - RJ234830**
 LIVIA NOGUEIRA LINHARES PEREIRA PINTO QUINTELLA -
 SP450711
 ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
RECORRIDO : **ALEXANDRE HIDEO UEDA**
RECORRIDO : **SUZANA REINA UEDA**
ADVOGADO : **ELNA GERALDINI - SP093499**
INTERES. : **SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A**

EMENTA

CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES DA TABELA DO CONTRATO. COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. RECUSA INDEVIDA. INVIABILIDADE DO REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7 DO STJ. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E PROVIDO.

1. Não há ofensa ao art. 1.022 do CPC, porquanto o Tribunal de origem decidiu a matéria de forma fundamentada. O julgador não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos invocados pelas partes, quando encontra motivação satisfatória para dirimir o litígio.

3. 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.

2. O Tribunal de origem julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta negativa de cobertura ao tratamento médico solicitado. Portanto, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto probatório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n. 7 do STJ.

3. A jurisprudência desta Corte Superior, à luz do disposto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, assevera que o reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo beneficiário do plano de saúde, com internação em estabelecimento não conveniado, em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada), deve ser limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde.

4. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 09/09/2025 a 15/09/2025, por unanimidade, conhecer parcialmente

do recurso e, nessa parte dar-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Os Srs. Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrichi, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 16 de setembro de 2025.

Ministro MOURA RIBEIRO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2141136 - SP (2024/0157421-7)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : JULIANA ROSA QUISSAK DE ASSIS - RJ234830
LIVIA NOGUEIRA LINHARES PEREIRA PINTO QUINTELLA - SP450711
ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075
RECORRIDO : ALEXANDRE HIDEO UEDA
RECORRIDO : SUZANA REINA UEDA
ADVOGADO : ELNA GERALDINI - SP093499
INTERES. : SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A

EMENTA

CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES DA TABELA DO CONTRATO. COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. RECUSA INDEVIDA. INVIABILIDADE DO REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7 DO STJ. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E PROVIDO.

1. Não há ofensa ao art. 1.022 do CPC, porquanto o Tribunal de origem decidiu a matéria de forma fundamentada. O julgador não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos invocados pelas partes, quando encontra motivação satisfatória para dirimir o litígio.

3. 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.

2. O Tribunal de origem julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta negativa de cobertura ao tratamento médico solicitado. Portanto, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto probatório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n. 7 do STJ.

3. A jurisprudência desta Corte Superior, à luz do disposto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, assevera que o reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo beneficiário do plano de saúde, com internação em estabelecimento não conveniado, em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada), deve ser limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde.

4. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, provido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. (AMIL) contra decisão que não admitiu seu apelo nobre

manejado com fundamento no art. 105, III, alínea *a*, da CF contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, da relatoria da Des. HERTHA HELENA DE OLIVEIRA, assim ementado:

OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE - SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA, CONDENANDO A SEGURADORA A CUSTEAR INTEGRALMENTE AS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES COM A CIRURGIA FETAL REALIZADA - INSURGÊNCIA DE AMBAS AS PARTES - NEGO PROVIMENTO AO RECURSO INTERPOSTO PELA OPERADORA DE SAÚDE RÉ - INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - NÃO HÁ QUE PREVALECER A RECUSA DA SEGURADORA SOB A ALEGAÇÃO DE QUE O TRATAMENTO NÃO ESTÁ PREVISTO NO ROL DA ANS - COMPETE, TÃO SOMENTE, AO MÉDICO RESPONSÁVEL A INDICAÇÃO DO TRATAMENTO MAIS ADEQUADO AO PACIENTE - SÚMULA 102 DO TJSP - ADMITIR ABSOLUTA VINCULAÇÃO ÀS DIRETRIZES DA ANS SIGNIFICA PRIVAR OS CONSUMIDORES DOS AVANÇOS DA CIÊNCIA MÉDICA, O QUE SE MOSTRA ABUSIVO, ESVAZIANDO O CONTEÚDO DO CONTRATO FIRMADO - INEQUÍVOCA A ABUSIVIDADE, RAZÃO PELA QUAL FAZ-SE DE RIGOR A MANUTENÇÃO DA CONDENAÇÃO DA RÉ AO CUSTEIO DO TRATAMENTO - RECURSO DA PARTE AUTORA QUE COMPORTA PARCIAL PROVIMENTO, TÃO SOMENTE, A FIM DE SUPRIR A OMISSÃO DA R. SENTENÇA, QUE NÃO FIXOU TERMO INICIAL PARA INCIDÊNCIA D E JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA - JUROS INCIDEM A PARTIR DA CITAÇÃO DA RÉ, NOS TERMOS DO ART. 405 DO CC, E CORREÇÃO MONETÁRIA DEVE SER APLICADA DESDE O DESEMBOLSO (e-STJ, fl. 366).

Foi apresentada contraminuta.

É o relatório.

VOTO

A insurgência não merece provimento.

Nas razões de seu apelo nobre interposto com base no art. 105, III, alíneas *a* e *c*, da CF, AMIL alegou a violação dos arts. 1.022 do CPC; 10, § 4º, e 12, VI, da Lei n. 9.656/98; 421 e 421-A do CC; e 51, IV, do CDC, ao sustentar, em síntese, **(1)** negativa de prestação jurisdicional, pois o acórdão impugnado não se manifestou quanto *(i) a legalidade na negativa de cobertura de cirurgia fora do rol da ANS, nos termos do art.10, §4º da Lei 9.656/98 e (ii) o reembolso (custeio) deveria ser julgado à luz do art. 12, VI, da Lei 9.656/98, os quais estabelecem requisitos para que haja o reembolso - "quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados,*

credenciados ou referenciados pelas operadoras" - devendo observar "a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto"; (2) que o reembolso/custeio que deve ser limitado à relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto; e que (3) o tratamento não está previsto no rol taxativo da ANS.

Pois bem.

(1) Da negativa de prestação jurisdicional

A propósito do tema, destaco do acórdão impugnado os seguintes excertos:

Prescreve o art. 1.022, I ao III, do Código de Processo Civil que cabem embargos de declaração contra qualquer decisão judicial para esclarecer obscuridade, eliminar contradição, suprir omissão de ponto ou questão sobre o qual devia se pronunciar o juiz de ofício ou a requerimento, e corrigir erro material.

Na verdade, discorda do mérito do acórdão embargado e busca obter efeitos infringentes de maneira a modificar o acórdão. Todavia, tal objetivo não pode vingar porque a atribuição de efeitos infringentes aos embargos declaratórios somente pode ocorrer em face de vício ou erro material evidente. E esse não é o caso dos autos.

Neste sentido, observa-se que a matéria fora devidamente apreciada e afastada pela decisão embargada, sob a ótica da legislação e também da jurisprudência deste Tribunal de Justiça.

Extraí-se dos autos da ação de obrigação de fazer que a autora, gestante, após realizar exame de ultrassom, tomou ciência de que o bebê era portador de meningocele e hidrocefalia, razão pela qual recebera prescrição médica de realização de cirurgia fetal, que fora negada pelo plano de saúde réu, o qual a parte autora é beneficiária.

Deste modo, ajuizara a ação principal, pleiteando que a seguradora fosse obrigada a custear as despesas médicas e hospitalares com a cirurgia realizada no Hospital Nipo Brasileiro, o que fora julgado procedente pelo juízo a quo na r. sentença.

Inconformada, recorre a operadora de saúde ré, aduzindo que o tratamento em questão não possui cobertura pelo Rol de Procedimentos da ANS, de natureza taxativa, bem como, pela impossibilidade de reembolso.

De plano, imperioso ressaltar que operadora de plano de saúde não está obrigada a arcar com tratamento não abarcado no Rol da ANS, desde que exista para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado na listagem da agência reguladora.

Para tanto, caberia à operadora de saúde ré/apelante/embargante demonstrar (e disponibilizar) ao segurado, quais seriam esses tratamentos igualmente eficazes, efetivos e seguros.

Dito de outra forma, a recorrente deveria ter demonstrado a ineficácia do procedimento prescrito pelo médico assistente, disponibilizando em favor do paciente, tratamento igualmente eficaz, em sua rede credenciada.

Claro está que o autor, desincumbindo-se de encargo probatório que lhe era exclusivo, demonstrou através da prescrição de seu médico assistente, o fato constitutivo de seu direito, nos termos do art. 373, inciso I, do CPC.

Caberia à requerida, então, demonstrar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (art. 373, inciso II, do CPC), o que não ocorreria.

Assim outra conclusão não há, senão reconhecer que cabe à operadora de saúde fornecer integralmente o tratamento prescrito ou, reembolsar integralmente as despesas médicas particulares.

Não obstante, digno de nota que entrou em vigor a Lei no 14.454 /2022, que alterou a Lei no 9.656/1998, fazendo constar a seguinte redação em seu art. 10, §13 0 : "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, I (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais".

Portanto, segundo a lei vigente, o rol da ANS é agora exemplificativo, razão pela qual o caso concreto se amolda às diretrizes estabelecidas na nova lei, que impõe a cobertura para o tratamento prescrito à parte autora.

Logo, havendo cobertura contratual para a mazela, é vedado, às operadoras de saúde, negar ou simplesmente não fornecer o tratamento necessário ao beneficiário quando há expressa médica neste sentido, como ocorre no caso dos autos.

Por outro lado, os planos de saúde não estão obrigados ao custeio integral do atendimento quando, mesmo ofertado em sua rede credenciada, o beneficiário escolher atendimento particular.

Nestes casos, havendo previsão contratual neste sentido, que são perfeitamente legais, diga-se, o plano de saúde pode reembolsar o beneficiário nos valores equivalentes ao atendimento de sua rede credenciada, nos limites previstos contratualmente.

Todavia, uma vez que a seguradora não comprovou ter disponibilizado o tratamento em questão em sua rede conveniada, a condenação ao reembolso integral dos custos é mesmo de rigor.

Assim, tendo em vista que a beneficiária não optou pelo atendimento particular por sua liberalidade, mas sim porque não fora disponibilizado na rede credenciada da operadora de saúde ré, em caráter de urgência, faz-se mesmo de rigor a manutenção do v. acórdão.

Deste modo, o reexame da questão, de acordo com os parâmetros traçados pelo C. Superior Tribunal de Justiça, não altera o resultado do julgamento proferido por esta E. Corte, fazendo-se de rigor a manutenção do v. acórdão recorrido (e-STJ, fls. 519-523).

Apesar do inconformismo, verifica-se que o Tribunal local se pronunciou sobre todos os temas importantes ao deslinde da controvérsia, não havendo, portanto, omissão, contradição ou obscuridade.

Assim, inexistem os vícios elencados no art. 1.022 do CPC, sendo forçoso reconhecer que a pretensão recursal ostenta caráter nitidamente infringente.

A jurisprudência desta Casa é pacífica ao proclamar que, se os fundamentos adotados bastam para justificar o concluído na decisão, o julgador não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos utilizados pela parte.

Nesse sentido, confira-se o seguinte precedente:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. VIOLAÇÃO AO ART. 1.022 DO CPC/2015. OMISSÃO. AUSÊNCIA. RESPONSABILIDADE CIVIL RECONHECIDA. EXCLUDENTES AFASTADAS. REVISÃO. NÃO CABIMENTO. MATÉRIA FÁTICA E PROBATÓRIA DOS AUTOS. APLICAÇÃO DA SÚMULA 7/STJ. ARBITRAMENTO DE DANOS MORAIS. DISCUSSÃO DO VALOR. PROPORCIONALIDADE RECONHECIDA. IMPOSSIBILIDADE DE REVISÃO NESTES AUTOS. SÚMULA 7/STJ. TERMO INICIAL. JUROS MORATÓRIOS. CITAÇÃO. PRECEDENTES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AGRAVO IMPROVIDO.

1. Não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/2015, porquanto o Tribunal de origem decidiu a matéria de forma fundamentada. O julgador não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos invocados pelas partes, quando encontra motivação satisfatória para dirimir o litígio.

[...]

4. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.229.195/RJ, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 4/9/2023, DJe de 6/9/2023)

Afasta-se, portanto, a alegada violação.

(2) Do reembolso

A propósito do tema, o acórdão impugnado assim se manifestou:

De plano, imperioso ressaltar que operadora de plano de saúde não está obrigada a arcar com tratamento não abarcado no Rol da ANS, desde que exista para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado na listagem da agência reguladora.

Para tanto, caberia à operadora de saúde ré/apelante/embargante demonstrar (e disponibilizar) ao segurado, quais seriam esses tratamentos igualmente eficazes, efetivos e seguros.

Dito de outra forma, a recorrente deveria ter demonstrado a ineficácia do procedimento prescrito pelo médico assistente, disponibilizando em favor do paciente, tratamento igualmente eficaz, em sua rede credenciada.

Claro está que o autor, desincumbindo-se de encargo probatório que lhe era exclusivo, demonstrou através da prescrição de seu médico assistente, o fato constitutivo de seu direito, nos termos do art. 373, inciso I, do CPC.

Caberia à requerida, então, demonstrar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (art. 373, inciso II, do CPC), o que não ocorreria.

Assim outra conclusão não há, senão reconhecer que cabe à operadora de saúde fornecer integralmente o tratamento prescrito ou, reembolsar integralmente as despesas médicas particulares.

Não obstante, digno de nota que entrou em vigor a Lei no 14.454 /2022, que alterou a Lei no 9.656/1998, fazendo constar a seguinte redação em seu art. 10, §13 0 : "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, I (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais".

Ocorre que esta Corte Superior possui jurisprudência consolidada de que evidenciadas a urgência do tratamento e a falha na prestação do serviço consistente na omissão da operadora do plano de saúde em indicar estabelecimento, além da indisponibilidade de serviços próprios na rede credenciada, é devido o reembolso integral das despesas feitas pelo segurado.

Confirmam-se os seguintes precedentes:

PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. EXISTÊNCIA DE CONTRADIÇÃO. PECULIARIDADE DO CASO NÃO OBSERVADA. EMBARGOS ACOLHIDOS.

1. Os embargos de declaração têm como objetivo sanar eventual existência de obscuridade, contradição, omissão ou erro material (CPC /2015, art. 1.022). É inadmissível a sua oposição para rediscutir questões tratadas e devidamente fundamentadas na decisão embargada, já que não são cabíveis para provocar novo julgamento da lide.

2. Evidenciadas a urgência do tratamento e a falha na prestação do serviço consistente na omissão da operadora do plano de saúde em indicar estabelecimento, além da indisponibilidade de serviços próprios na rede credenciada, é devido o reembolso integral das despesas feitas pelo segurado.

3. Embargos de declaração acolhidos, com efeitos infringentes, para negar provimento ao recurso especial interposto pela operadora do plano de saúde.

(EDcl no AgInt no AREsp n. 2.559.193/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 14/10/2024, DJe de 21/10/2024 – sem destaque no original)

DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS. REDE NÃO CREDENCIADA.

- 1. Agravo interno interposto por operadora de plano de saúde contra decisão que negou provimento a recurso especial, mantendo acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná que determinou o reembolso integral de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada.*
- 2. Ação declaratória de nulidade de cláusula contratual cumulada com pedido de reembolso de honorários médicos, em razão de tratamento de leucemia realizado em hospital não credenciado.*
- 3. A questão em discussão consiste em saber se a operadora de plano de saúde deve reembolsar integralmente as despesas médicas realizadas fora da rede credenciada, em situações excepcionais.*
- 4. A jurisprudência do STJ admite o reembolso integral em casos excepcionais, como urgência ou ausência de oferta do tratamento na rede credenciada.*
- 5. O Tribunal de origem concluiu que a busca por tratamento fora da rede credenciada não foi mera escolha da paciente, mas devido à falta de informação adequada sobre o credenciamento.*
- 6. A decisão agravada está em consonância com o entendimento do STJ de que, em situações de emergência ou urgência, a operadora deve reembolsar o beneficiário, observando, no mínimo, os preços praticados pelo produto à data do evento.*

Agravo interno improvido.

(AgInt no REsp n. 1.904.866/PR, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 28/10/2024, DJe de 30/10/2024)

Assim, porque os fundamentos adotados pelo acórdão recorrido colidem com o entendimento firmado nesta Corte, deve ser ele reformado, ante a incidência da Súmula n. 568 do STJ.

(3) Do dever de cobertura

O entendimento dominante nesta Corte é 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, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, procedimento ou material imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário.

Na verdade, se não fosse assim, estar-se-ia autorizando que a empresa se substituísse aos médicos na escolha da terapia adequada de acordo com o plano de cobertura do paciente. E isso é incongruente com o sistema de assistência à saúde, porquanto quem é senhor do tratamento é o especialista, ou seja, o médico que não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém à cura do paciente.

Sendo assim, observa-se que o acórdão recorrido está em sintonia com a jurisprudência da Terceira Turma do STJ.

Vejam-se, a propósito, os seguintes precedentes:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. OBESIDADE MÓRBIDA. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA. POSSIBILIDADE. INSUCESSO DE TRATAMENTOS MULTIDISCIPLINARES AMBULATORIAIS. CONTRAINDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. DOENÇA COBERTA. SITUAÇÃO GRAVE E EMERGENCIAL. FINALIDADE ESTÉTICA E REJUVENESCEDORA. DESCARACTERIZAÇÃO. MELHORIA DA SAÚDE. COMBATE ÀS COMORBIDADES. NECESSIDADE. DISTINÇÃO ENTRE CLÍNICA DE EMAGRECIMENTO E SPA. DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Ação ordinária que busca o custeio de tratamento contra obesidade mórbida (grau III) em clínica especializada de emagrecimento, pois o autor não obteve sucesso em outras terapias, tampouco podia se submeter à cirurgia bariátrica em virtude de apneia grave e outras comorbidades, sendo a sua situação de risco de morte.

3. É possível o julgamento antecipado da lide quando as instâncias ordinárias entenderem substancialmente instruído o feito, declarando a existência de provas suficientes para o seu convencimento (art. 130 do CPC/1973), sendo desnecessária a produção de prova pericial.

4. A obesidade mórbida é doença crônica de cobertura obrigatória nos planos de saúde (art. 10, caput, da Lei nº 9.656/1998). Em regra, as operadoras autorizam tratamentos multidisciplinares ambulatoriais ou as indicações cirúrgicas, a exemplo da cirurgia bariátrica (Resolução CFM nº 1.766/2005 e Resolução CFM nº 1.942/2010).

5. O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES (art. 8º, parágrafo único, da RN ANS nº 167/2008). Diferenças existentes entre clínica de emagrecimento e SPA.

6. A restrição ao custeio pelo plano de saúde de tratamento de emagrecimento circunscreve-se somente aos de cunho estético ou rejuvenescedor, sobretudo os realizados em SPA, clínica de repouso ou estância hidromineral (arts. 10, IV, da Lei nº 9.656/1998 e 20, § 1º, IV, da RN ANS nº 387/2015), não se confundindo com a terapêutica da obesidade mórbida (como a internação em clínica médica especializada), que está ligada à saúde vital do paciente e não à pura redução de peso almejada para se obter beleza física.

7. Mesmo que o CDC não se aplique às entidades de autogestão, a cláusula contratual de plano de saúde que exclui da cobertura o tratamento para obesidade em clínica de emagrecimento se mostra

abusiva com base nos arts. 423 e 424 do CC, já que, da natureza do negócio firmado, há situações em que a internação em tal estabelecimento é altamente necessária para a recuperação do obeso mórbido, ainda mais se os tratamentos ambulatoriais fracassarem e a cirurgia bariátrica não for recomendada.

8. A jurisprudência deste Tribunal Superior é firme no sentido de que o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta.

9. Havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevivência do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor.

10. 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, ínsito às hipóteses correntes de inadimplemento contratual.

11. Há situações 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.

12. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp 1.645.762/BA, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, j. 12/12/2017, DJe 18/12/2017 – sem destaque no original)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1. ALEGADA VIOLAÇÃO AO ART. 6º DA LICC. INSTITUTO DE NATUREZA CONSTITUCIONAL. 2. VIOLAÇÃO DOS ARTS. 165, 458 E 535 DO CPC/1973. INEXISTÊNCIA. 3. INOVAÇÃO RECURSAL. 4. NEGATIVA DE COBERTURA. INCIDÊNCIA DO CDC. FORNECIMENTO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U. MEDICAMENTO INDISPENSÁVEL AO TRATAMENTO DA SEGURADA. CLÁUSULA LIMITATIVA. ABUSIVIDADE. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. 5. AGRAVO IMPROVIDO.

1. "Inviável o conhecimento do Recurso Especial por violação do art. 6º da LICC, uma vez que os princípios contidos na Lei de Introdução ao Código Civil - direito adquirido, ato jurídico perfeito e coisa julgada -, apesar de previstos em norma infraconstitucional, são institutos de natureza eminentemente constitucional (art. 5º, XXXVI, da CF/1988)" (AgRg no REsp n. 1.402.259/RJ, Relator o Ministro Sidnei Beneti, DJe 12/6/2014).

2. Não ocorre violação aos arts. 165, 458 e 535 do CPC/1973 quando o julgador decide, como no caso examinado, a lide de forma fundamentada, indicando os motivos de seu convencimento, ainda que de forma contrária da pretendida pela parte.

3. É inviável a análise de tese alegada apenas no âmbito de agravo interno, uma vez que constitui inadmissível a inovação recursal.

4. Essa Corte possui orientação pacífica segundo a qual "é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde o custeio dos meios necessários ao melhor desempenho do tratamento" (AREsp n. 354.006/DF, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 12/8/2013). Incidência, no ponto, do óbice da Súmula 83/STJ. Além disso, o Colegiado estadual julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta negativa de cobertura ao procedimento médico solicitado. Portanto, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto probatório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n. 7 do STJ.

4.1. Ressalte-se também que, nos termos da jurisprudência desta Corte, "os planos de saúde podem, por expressa disposição contratual, restringir as enfermidades a serem cobertas, mas não podem limitar os tratamentos a serem realizados, inclusive os medicamentos experimentais" (AgInt no AREsp 1.014.782/AC, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 17/8/2017, DJe 28/8/2017).

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 898.228/PR, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, j. 17/10/2017, DJe 23/10/2017 – sem destaque no original)

Ademais, 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.

Como se depreende, o entendimento supra amolda-se ao desta Corte, o que atrai a incidência da Súmula n. 568 do STJ.

Demais, como asseverado na decisão, o Tribunal de origem aplicou corretamente o entendimento do STJ sobre o tema e, à luz do acervo fático-probatório dos autos, concluiu que os tratamentos requeridos pela parte autora têm eficácia comprovada e foram devidamente prescritos por médico, preenchendo os requisitos para a superação da taxatividade do rol da ANS e, portanto, para o dever de cobertura por parte da operadora do plano de saúde.

É por esse motivo que a revisão da conclusão esposada pelo Tribunal de Justiça somente seria possível mediante nova incursão nas provas dos autos, procedimento vedado na estreita via do recurso especial, consoante dispõe a Súmula n. 7 do STJ.

No mesmo sentido, confirmam-se os precedentes:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA PARTE DEMANDANTE.

1. A Segunda Seção deste STJ, em recente julgamento (EREsp n. 1.886.929/SP e n. 1.889.704/SP) firmou o entendimento no sentido de que o rol de cobertura de doenças previsto na ANS não é exemplificativo, somente podendo ser relativizado em hipóteses excepcionais, com demonstração técnica da efetiva necessidade.

Precedentes. 1.1. Na presente hipótese, a Corte de origem, com base nos elementos fáticos dos autos, concluiu, de forma expressa e embasada em critérios técnicos, pela inexistência de excepcional necessidade de cobertura. Aplicação das Súmulas 7 e 83 do STJ.

2. A subsistência de fundamento inatacado, apto a manter a conclusão do aresto impugnado, e a apresentação de razões dissociadas desse fundamento, impõe o reconhecimento da incidência das Súmulas 283 e 284 do STF, por analogia. Precedentes.

3. A ausência de enfrentamento da matéria objeto da controvérsia pelo Tribunal de origem, não obstante a oposição de embargos de declaração, impede o acesso à instância especial, porquanto não preenchido o requisito constitucional do prequestionamento.

Incidência da Súmula 211/STJ.

4. O acolhimento da pretensão recursal exigiria derruir a convicção formada nas instâncias ordinárias sobre a ocorrência de dano moral na espécie. *Incidência da Súmula 7/STJ.*

5. *Agravo interno desprovido.*

(AgInt no REsp n. 1.886.532/GO, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 24/4/2023, DJe de 2/5/2023 – sem destaque no original)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. DEVER DE COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INVIABILIDADE DE REEXAME. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N.º 7 DO STJ. DANOS MORAIS DEMONSTRADOS NAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N.º 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. [...]

2. **O Colegiado estadual julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta negativa de cobertura ao tratamento médico solicitado, uma vez que o tratamento de saúde foi apurado tecnicamente como imprescindível e urgente. Portanto, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto probatório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n.º 7 do STJ.**

3. 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, 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.

4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

5. *Agravo interno não provido.*

(AgInt no REsp 2.023.448/SP, de minha relatoria, Terceira Turma, j. 22/11/2022, DJe 24/11/2022 – sem destaque no original)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO "OFF-LABEL" INDICADO POR MÉDICO ASSISTENTE. COBERTURA DEVIDA. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO

STJ. ALTERAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE REEXAME DE FATOS E PROVAS. PREVISÃO CONTRATUAL DE COBERTURA DA DOENÇA DO CONSUMIDOR. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. MEDICAMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. COBERTURA EXCEPCIONAL. POSSIBILIDADE. DECISÃO MANTIDA.

1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, é abusiva a negativa de cobertura de plano de saúde quando a doença do paciente não constar na bula do medicamento prescrito pelo médico que ministra o tratamento (uso "off-label") (AgInt no AREsp 1.713.784/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 15/3/2021, DJe 7/4/2021).

2. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos e revisão das cláusulas contratuais (Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

3. No caso concreto, para alterar o entendimento do Tribunal de origem, quanto à ocorrência do dano moral, além do referente à existência de previsão contratual de cobertura para a doença que atingiu o consumidor, seria necessário o reexame dos fatos e das provas dos autos, bem como a revisão das cláusulas contratuais.

4. Cumpre 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. 1.886.929/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022).

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.043.366/CE, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, j. 29/8/2022, DJe 31/8/2022 – sem destaque no original)

Não merece reforma, pois, no ponto, o acórdão impugnado.

Nessas condições, **CONHEÇO** em parte do recurso especial e, nessa extensão, **DOU-LHE PROVIMENTO** para afastar o pagamento integral do reembolso.

Inaplicável a majoração dos honorários recursais.

É o voto.

Por oportuno, previno que a interposição de recurso contra esta decisão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente, poderá acarretar condenação às penalidades fixadas nos arts. 1.021, § 4º, ou 1.026, § 2º, ambos do CPC.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

REsp 2.141.136 / SP

PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0157421-7

Número de Origem:

00059842020218260554 0005984202021826055410069298720218260554 10069298720218260554
1006929872021826055450000 20210000582147 20210000860283 20210000936361 202204016508
20952119720218260000 59842020218260554 5984202021826055410069298720218260554

Sessão Virtual de 09/09/2025 a 15/09/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. EDUARDO KURTZ LORENZONI

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075

LIVIA NOGUEIRA LINHARES PEREIRA PINTO QUINTELLA -
SP450711

JULIANA ROSA QUISSAK DE ASSIS - RJ234830

RECORRIDO : ALEXANDRE HIDEO UEDA

RECORRIDO : SUZANA REINA UEDA

ADVOGADO : ELNA GERALDINI - SP093499

INTERES. : SANTA HELENA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A

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

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 09/09/2025 a 15/09/2025, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso e, nessa parte deu-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Os Srs. Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrichi, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 15 de setembro de 2025