



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2155124 - MT (2024/0239074-1)

RELATORA : MINISTRA DANIELA TEIXEIRA
RECORRENTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197
JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735
RECORRIDO : LUDMILA GUIMARAES SELLA
ADVOGADO : KAROLINE PEREIRA DE MIRANDA - MT024110

EMENTA

DIREITO CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA. NEGATIVA DE COBERTURA. INDICAÇÃO MÉDICA. ROL DA ANS. EXCEPCIONALIDADE CONFIGURADA. DANOS MORAIS. QUANTUM INDENIZATÓRIO. REEXAME DE FATOS. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. Caso em exame

1. Recurso especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso que manteve a condenação de plano de saúde por recusa de tratamento médico indicado por profissional especialista, reconhecendo dano moral e fixando indenização.

II. Questão em discussão

2. Há duas questões em discussão: (i) a obrigatoriedade de cobertura de tratamento médico não previsto no rol da ANS, diante de prescrição médica; e (ii) a possibilidade de revisão do valor fixado a título de indenização por danos morais.

III. Razões de decidir

3. O Tribunal de origem entendeu que diante da necessidade e do quadro de saúde da paciente, incumbia à recorrente ter autorizado o procedimento conforme recomendado pelo médico quando foi solicitado, não sendo lícito ao plano de saúde intervir nessa relação médico/paciente.

4. A jurisprudência do STJ estabelece que a recusa indevida de cobertura médico-assistencial em situações de emergência configura dano moral, agravando o sofrimento do usuário.

6. A revisão do valor da indenização por danos morais só é possível em casos excepcionais, quando o valor for manifestamente irrisório ou exorbitante, o que não se verifica no caso em análise.

IV. Dispositivo

7. 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

24/06/2025 a 30/06/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Não participou do julgamento a Sra. Ministra Nancy Andrighi.

Brasília, 01 de julho de 2025.

Ministra Daniela Teixeira
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2155124 - MT (2024/0239074-1)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : **UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**
ADVOGADOS : **JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197**
 : **JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735**
RECORRIDO : **LUDMILA GUIMARAES SELLA**
ADVOGADO : **KAROLINE PEREIRA DE MIRANDA - MT024110**

EMENTA

DIREITO CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA. NEGATIVA DE COBERTURA. INDICAÇÃO MÉDICA. ROL DA ANS. EXCEPCIONALIDADE CONFIGURADA. DANOS MORAIS. QUANTUM INDENIZATÓRIO. REEXAME DE FATOS. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. Caso em exame

1. Recurso especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso que manteve a condenação de plano de saúde por recusa de tratamento médico indicado por profissional especialista, reconhecendo dano moral e fixando indenização.

II. Questão em discussão

2. Há duas questões em discussão: (i) a obrigatoriedade de cobertura de tratamento médico não previsto no rol da ANS, diante de prescrição médica; e (ii) a possibilidade de revisão do valor fixado a título de indenização por danos morais.

III. Razões de decidir

3. O Tribunal de origem entendeu que diante da necessidade e do quadro de saúde da paciente, incumbia à recorrente ter autorizado o procedimento conforme recomendado pelo médico quando foi solicitado, não sendo lícito ao plano de saúde intervir nessa relação médico/paciente.

4. A jurisprudência do STJ estabelece que a recusa indevida de cobertura médico-assistencial em situações de emergência configura dano moral, agravando o sofrimento do usuário.

6. A revisão do valor da indenização por danos morais só é possível em casos excepcionais, quando o valor for manifestamente irrisório ou exorbitante, o que não se verifica no caso em análise.

IV. Dispositivo

7. Recurso não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Especial interposto por UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Estado de Mato Grosso assim ementado (e-STJ fl. 682):

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM SEDE DE APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PLANO DE SAÚDE – RECUSA INJUSTIFICADA DE TRATAMENTO MÉDICO – INDICAÇÃO FEITA POR PROFISSIONAL ESPECIALISTA – DANO MORAL RECONHECIDO – VALOR QUE ATENDE AOS CRITÉRIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE – QUANTUM MANTIDO – SENTENÇA ESCORREITA – CONTRADIÇÃO E OMISSÃO – INEXISTÊNCIA – REJULGAMENTO – INVIABILIDADE – EMBARGOS REJEITADOS.

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 não se manifestou (e-STJ fls.716-717).

O recurso especial foi admitido pelo Tribunal de origem.

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, em suma, que , o acórdão recorrido acabou por não só desconsiderar a determinação legal como também se afastou das normas de saúde pública e, necessário que se diga, da própria prudência que deve nortear a função judicante (e-STJ fl. 694); o tratamento por meio de ESTIMULAÇÃO

MAGNÉTICA TRANSCRANIANA não consta no rol da ANS, logo não há obrigatoriedade dos planos de saúde em fornecerem/custear o referido tratamento (e-STJ fl. 694); resta caracterizado que o tratamento de ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA não preenche as exceções apontadas no § 13, ao art. 10 da Lei 9.656/98, logo não possui cobertura obrigatória pelos planos de saúde (e-STJ fl. 698); o instrumento contratual firmado entre as partes, determina de forma clara e expressa que a cobertura dos procedimentos se dará de acordo com o rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS (e-STJ fl. 699); impossível prosperar a postulação para que se interprete cláusulas em favor do consumidor visto que o contratado está claro, e não exige interpretação diversa, não sendo o caso, ainda, de se socorrer dos Artigos 47 e 51 do CDC, em face da legalidade das cláusulas contratuais, e de acordo com o CDC, não havendo que se falar em cláusula leonina e incompatível com a boa-fé e a equidade (e-STJ fl. 700); Comprovado que as cláusulas contratuais que excluem a cobertura de tratamento sem previsão no rol da ANS da cobertura assistencial, não são abusivas, há de se invocar o princípio do pacta sunt servanda, não havendo motivos para alteração do contrato celebrado entre as partes (e-STJ fl. 700) e; valor arbitrado a título de indenização por dano moral deve ser operado com moderação, proporcionalmente ao grau de culpa, o que não foi observado pelo v. acórdão recorrido (e-STJ fl. 704).

Porém, verifica-se que o Tribunal de origem assim assentou controvérsia (e-STJ fls. 672-680 - grifos acrescidos):

Incontroverso nos autos que a recorrida se viu obrigada a buscar o Judiciário para receber o tratamento médico que detém o direito por contrato válido mantido entre as partes.

Com efeito, embora seja admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas que limitem os direitos do consumidor, figura-se abusiva a cláusula que exclui da cobertura do plano procedimento necessário para a realização de tratamento de doenças nele previstas.

Aliás, o Superior Tribunal de Justiça já firmou entendimento no sentido de que os planos de saúde podem estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não podem limitar o tratamento a ser utilizado pelo paciente. Além disso, também decidiu que o Rol de Procedimentos do CONSU e de Resoluções da ANS é exemplificativo, não sendo possível excluir um tratamento apenas por não constar na lista da ANS.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. PLANO DE SAÚDE. 1. NEGATIVA DE COBERTURA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SUBSCRITO PELO MÉDICO. EXCLUSÃO CONTRATUAL EXPRESSA E AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS. CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO SE MOSTRAM SUFICIENTES A AFASTAR A OBRIGAÇÃO DE COBERTURA DO

PROCEDIMENTO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE. 2. ROL EXEMPLIFICATIVO DA ANS E URGÊNCIA EVIDENCIADA. SÚMULAS 7 E 83/STJ. 3. AGRAVO IMPROVIDO. 1. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, ainda que admitida a possibilidade de o contrato de plano de saúde conter cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, revela-se abusiva a que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento de doença coberta pelo plano. 1.1. Ademais, é inadmissível a recusa do plano de saúde em cobrir tratamento médico voltado à cura de doença coberta pelo contrato sob o argumento de não constar da lista de procedimentos da ANS, pois este rol é exemplificativo, impondo-se uma interpretação mais favorável ao consumidor. 2. Por derradeiro, que a recusa indevida pela operadora de plano de saúde à cobertura de tratamento médico emergencial ou de urgência constitui dano moral presumido, como na hipótese em apreço, não havendo que se falar em mero inadimplemento contratual. Súmula 83/STJ. 3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp 1553980 /MS, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/12/2019, DJe 12/12/2019)

Aliás, havendo divergência entre o plano de saúde contratado e o profissional responsável que indica o tratamento do paciente, quanto à técnica e ao material a serem empregados, a escolha caberá sempre ao médico incumbido de sua realização, até porque o tratamento indicado e número de sessões está embasado na literatura médica, que apenas faz uma sugestão quanto ao número, o qual depende das particularidades de cada paciente e também da evolução do quadro clínico apresentado.

Cito entendimento da Exma. Ministra do STJ, MARIA ISABEL GALLOTTI, em decisão monocrática proferida no REsp nº 1763301, publicada em 29/11/2018: “(...) É abusiva a recusa ao tratamento com sessões de eletroconvulsoterapia prescrito ao autor, ao argumento de que não consta no rol da ANS. A justificativa não procede, tendo em vista que o rol formulado pela ANS é exemplificativo, estabelecendo os procedimentos obrigatórios, ou seja, o mínimo a ser prestado para a doença coberta pelo plano. (...)”

Ademais, a negativa e limitação do número de sessões de eletroconvulsoterapia ou até mesmo a demora para realização de perícia médica na hipótese, causaria perigo de dano de difícil ou impossível reparação à sua saúde da apelada.

Neste sentido:

RECURSO DE AGRAVO DE INSTRUMENTO – OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE – NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO – NEOPLASIA MALIGNO DO ENCÉFALO - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS INDISPENSÁVEIS AO TRATAMENTO - DIREITO À SAÚDE - UTILIZAÇÃO OFF LABEL – POSSIBILIDADE – DECISÃO MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO. (...) II. No caso concreto, o autor é portador de câncer, com metástases pulmonares. Por conseguinte, em sede de cognição sumária, estão presentes os requisitos necessários para a concessão da tutela provisória postulada, pois é descabida a negativa de

fornecimento do medicamento Trabectedina 1mg (Yondelis) pela ausência de registro junto a ANVISA e por se tratar de medicação off-label. III. Os planos de saúde apenas podem estabelecer para quais moléstias oferecerão cobertura, não cabendo a eles limitar o tipo de tratamento que será prescrito, incumbência essa que pertence ao profissional da medicina que assiste o paciente. Ademais, na maioria das vezes, o uso off-label de um medicamento é essencialmente necessário e correto, dependendo tão-somente do entendimento do médico-assistente. IV. De outro lado, em casos de emergência, é obrigatória a cobertura dos planos de saúde, conforme dispõe o art. 35-C, da Lei nº 9.656/98. Outrossim, na hipótese fática, está em jogo a vida da pessoa humana, não podendo ser ceifada do agravado a oportunidade de ser tratado adequadamente da doença que o atinge. AGRADO PROVIDO.” (Agravo de Instrumento Nº 70069402766, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge André Pereira Gailhard, Julgado em 31/08/2016) (AI 107414/2016, DES. SEBASTIÃO BARBOSA FARIAS, PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 29/11/2016, Publicado no DJE 05/12/2016)

Nessas situações, em respeito ao direito à vida digna e à saúde da pessoa humana, deve ser priorizada a forma de tratamento repassado pelo médico responsável à paciente.

A esse respeito, colaciono arestos que bem enfrentaram a questão em caso semelhantes, verbis:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZAÇÃO DE DANOS MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. HEMODIÁLISE. CONTRATO CELEBRADO ANTES DO ADVENTO DA LEI 9.656/98. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA OFERTA DE MIGRAÇÃO. 1. Os planos de saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, razão pela qual se aplica o disposto no art. 35 da Lei 9.656/98 ao caso em tela, decorrente de interpretação literal e mais benéfica ao aderente. 2. Ausência de comprovação de oferta ao consumidor para migração às regras previstas pela nova legislação, com uma cobertura mais abrangente, regulado pela Lei n.º 9.656/98, descabendo falar em violação ao princípio da irretroatividade das leis, mas mera adequação àquela regulação. A Lei nº 9.656/98 é aplicável à hipótese dos autos, independentemente de ter havido a adequação do contrato firmado entre as partes a esta legislação. 3. Os contratantes devem observar o princípio da boa-fé em todas as fases do contrato. Inteligência do art. 422 do CC. 4. O plano de saúde não pode se recusar a custear tratamento prescrito pelo médico, pois cabe àquele definir qual é o melhor tratamento para o segurado. Dever do plano de saúde de arcar com as despesas médicas do procedimento cirúrgico e tratamento hospitalar realizadas pela beneficiária do plano. APELAÇÃO DESPROVIDA.”(TJ-RS - Apelação Cível Nº 70070852181, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 28/09/2016).

“RECURSO DE AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO DE ORDINÁRIA – TRATAMENTO DE SAÚDE – RECUSA NO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E MATERIAIS – DESEMPATE JUNTA

MÉDICA PELA NEGATIVA - IRRELEVÂNCIA ALEGAÇÃO - ILEGALIDADE DA RECUSA - APLICABILIDADE CDC - COMPROVAÇÃO DE VEROSSIMILHANÇA DAS ALEGAÇÕES DECISÃO MANTIDA - RECURSO DESPROVIDO. *Presentes os requisitos autorizadores para concessão da tutela antecipada, relacionados no art. 273 do CPC, deve ser deferida. É dever do plano de saúde fornecer o procedimento cirúrgico prescrito por médico cooperado e, que acompanha o caso da paciente, levando em consideração o que de melhor vem ao paciente, sua dor física, sua recuperação, não sendo dado ao PLANO DE SAÚDE, escolher este ou aquele procedimento.”(TJ-MT - AI 65686/2015, DES. SEBASTIÃO BARBOSA FARIAS, PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Julgado em 06/10/2015, Publicado no DJE 09/10/2015). “APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA NA ESCOLHA DO TRATAMENTO MÉDICO. Unimed. Procedimento cirúrgico. Negada autorização para que a autora se submetesse ao tratamento da insuficiência venosa arterial. Sentença de procedência. Aplicabilidade das normas previstas no código de defesa do consumidor. Médico responsável pela autora prescreveu o procedimento e os materiais necessários para o seu tratamento. Contraindicação feita pela auditoria médica especializada do plano de saúde. É cediço que, havendo divergência entre o seguro saúde contratado e o profissional responsável pelo procedimento cirúrgico, a escolha cabe ao médico incumbido de sua realização. Enunciado nº 211 da súmula da jurisprudência predominante deste Tribunal de Justiça. Por força do art. 51, IV, do CDC, é evidentemente abusiva a cláusula contratual que limita a responsabilidade da operadora de plano de saúde e a exime de cobrir os materiais necessários ao tratamento de saúde da autora. Redução dos danos morais em atenção à proporcionalidade do caso concreto. Reforma parcial da sentença. PROVIMENTO DO RECURSO para reduzir a condenação aos danos morais.” (TJ-RJ - APL: 3962901620118190001 RJ, Relator: DES. FERDINALDO DO NASCIMENTO, DÉCIMA NONA CÂMARA CÍVEL, Data de Julgamento: 30/07/2012).*

Assim, diante da necessidade e do quadro de saúde da paciente, incumbia à recorrente ter autorizado o procedimento conforme recomendado pelo médico que assistia especialista, quando lhe foi solicitado, não sendo lícito ao plano de saúde intervir nessa relação médico/paciente, autorizando a realização de procedimento diverso por ser-lhe mais conveniente.

Portanto, resta evidenciado o nexo de causalidade entre a conduta da Unimed em recusar a cobertura do tratamento médico especializado e o resultado suportado pela paciente, com transtorno, angústia e abalo psicológico de grande monta, inclusive pela urgência do tratamento.

E nesse particular, não há como deixar de reconhecer o sofrimento moral experimentado, que decorre da aflição e da angústia pela negativa indevida do tratamento médico necessário ao restabelecimento e/ou manutenção do quadro clínico de saúde.

(...)

No que se refere à quantificação, sabe-se que o valor deve ser fixado de acordo com a extensão do dano, em consonância com o disposto no art. 944 do Código Civil. E, nesse aspecto, o Des. Carlos Alberto Alves da Rocha em julgamento de recurso submetido à apreciação desta c. Câmara, assim ressaltou:

(...)

Justamente, em razão dessas observações é que o STJ firmou o entendimento no sentido de que o valor estabelecido para os danos morais só pode ser revisto quando se mostrar irrisório ou exorbitante a ponto de ferir os princípios da razoabilidade e proporcionalidade (AgInt no AREsp nº. 1025364/SP, 4ª Turma/STJ, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, D Je de 17/08/2017).

Nesse sentido, tenho que os fundamentos da sentença são contundentes e não há argumentos capazes de desconstituir as teses ali esposadas, devendo ser mantida a condenação imposta no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais), já que razoável e proporcional às particularidades do caso, que além de não causar enriquecimento indevido da parte recompensada ou onerar demasiadamente o ofensor, se afigura condizente com os valores atualmente aplicados pelos Tribunais.

Quanto aos danos materiais, comprovados por documento idôneo e verificado o nexo causal, mostra-se imprescindível o ressarcimento na forma simples, posto que não comprovada a má-fé do requerido, sob pena de enriquecimento ilícito da parte autora, razão pela qual entendo devido o ressarcimento de R\$10.800,00 (dez mil e oitocentos reais), sendo este o valor devidamente comprovado pelos recibos acostados aos ids 59123506 e 59123507.

No mais, é relevante consignar, ainda, que os embargos de declaração não têm a mesma amplitude recursal destinada ao recurso de agravo de instrumento ou até mesmo ao recurso de agravo regimental, ou seja, não podem ser utilizados com o fim único de reexame do julgado, pois são condicionados à existência de omissão, contradição e obscuridade, o que não se revela no caso dos autos.

Ademais, mesmo que a parte alegue a intenção de ventilar matéria para fins de prequestionamento, o julgador não é obrigado a examinar exaustivamente todos os dispositivos legais apontados pela recorrente, quando a fundamentação da decisão for clara e precisa, solucionando o objeto da lide.

Por essa razão, não é exigido que a decisão rebata uma a uma das teses levantadas, ou mencione todos os dispositivos legais que alicerçam o convencimento, devendo apenas mostrar, de forma clara, quais os fundamentos que motivaram a convicção.

(...)

Logo, se a parte discorda dos fundamentos esposados no aresto embargado cumpre-lhe questioná-los na via recursal própria, não se prestam os embargos declaratórios para rediscussão da matéria.

A pretensão do recurso é para que se reconheça a violação aos dispositivos legais supra arrolados, além da divergência jurisprudencial apontada, reformando-se o v. acórdão recorrido, para afastar a condenação imposta à recorrente (e-STJ fl. 705).

Sobre as controvérsias em questão, 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 Segunda Seção, ao julgar o EREsp 1.889.704/SP e o EREsp 1.886.929/SP, estabeleceu a seguinte tese, com a ressalva do meu entendimento pessoal: 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. (REsp n. 2.165.234/RJ, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 28/4/2025, DJEN de 5/5/2025.)

Nesse sentido:

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. MAMOPLASTIA. NEGATIVA DE COBERTURA. CUSTEIO. OBRIGATORIEDADE. ROL DA ANS. NATUREZA. MITIGAÇÃO. HIPÓTESES. CUMPRIMENTO. REEXAME DO CONJUNTO PROBATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ. DANOS MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA. PREVISÃO CONTRATUAL. DÚVIDA RAZOÁVEL.

1. A Segunda Seção desta Corte Superior uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios.

2. A Lei nº 14.454/2022, de aplicabilidade imediata, ao promover alteração na Lei nº 9.656/1998, estabeleceu requisitos para permitir a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estejam incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar.

3. A revisão das conclusões da Corte de origem quanto ao cumprimento dos critérios estabelecidos pela Segunda Seção nos EREsps nºs 1.886.929/SP e 1.889.704/SP e pela Lei nº 14.454/2022 para fazer jus à cobertura do procedimento cirúrgico pleiteado demandaria o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, procedimento vedado em recurso especial em virtude do óbice da Súmula nº 7/STJ. 4.

Há configuração de danos morais indenizáveis pela recusa indevida de cobertura médico-assistencial pela operadora de plano de saúde às situações de emergência, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combalido pelas condições precárias de saúde.

5. Há situações, tal como na espécie vertente, em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, de forma que a conduta da operadora, ao optar pela restrição da cobertura sem ofender os deveres anexos do contrato - como a boa-fé -, não pode ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a afastar qualquer pretensão de compensação por danos morais. 6.

Agravo conhecido e recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, provido.

(AREsp n. 2.825.103/MT, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 12/5/2025, DJEN de 19/5/2025.)

Consoante ao exposto, o Tribunal *a quo*, competente para análise do material probatório dos autos, bem como das cláusulas contratuais do plano de saúde, após a devida instrução processual, nos termos da decisão ora transcrita, entendeu que, diante da necessidade e do quadro de saúde da paciente, incumbia à recorrente ter autorizado o procedimento conforme recomendado pelo médico que assistia especialista. **Além disto, expos que a negativa e limitação do número de sessões de eletroconvulsoterapia ou até mesmo a demora para realização de perícia médica na hipótese, causaria perigo de dano de difícil ou impossível reparação à sua saúde da apelada.**

Com efeito, a reforma do acórdão implicaria em análise do conjunto fático-probatório, tendo em vista que haveria necessidade de verificação das circunstâncias do caso concreto, o que encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

Sobre o arbitramento de danos morais, o entendimento consolidado nesta Corte é que há configuração de danos morais indenizáveis pela recusa indevida de cobertura médico-assistencial pela operadora de plano de saúde às situações de emergência, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combalido pelas condições precárias de saúde.

Além disto, a jurisprudência desta Corte é firme no sentido de que a redução ou a majoração do quantum indenizatório a título de dano moral é possível somente em hipóteses excepcionais, quando manifestamente irrisória ou exorbitante a indenização arbitrada, sob pena de incidência do óbice da Súmula n. 7 do STJ, o que não se verifica no caso dos autos.

Nesse sentido:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE CÂNCER. RECONSIDERAÇÃO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO VERIFICAÇÃO. ROL DA ANS. IRRELEVÂNCIA. COBERTURA DEVIDA. DANOS MORAIS CARACTERIZADOS. AGRAVO INTERNO PROVIDO. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E IMPROVIDO.

1. Diante da efetiva impugnação dos fundamentos da decisão de inadmissibilidade, faz-se necessária a reconsideração da decisão da Presidência do STJ, para conhecer do agravo em recurso especial, passando-se ao exame do recurso especial.

2. Não há que se falar em negativa de prestação jurisdicional, pois, a pretexto da alegação de ofensa aos arts. 489 e 1.022, ambos do CPC, o que busca o agravante é apenas manifestar o seu inconformismo com o resultado do julgamento que lhe foi desfavorável, não se prestando a estreita via dos embargos de declaração a promover o rejuízo da causa.

3. A natureza exemplificativa ou taxativa do rol da ANS não tem relevância na análise do dever de cobertura de medicamentos para tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução normativa.

4. Existência de entendimento pacífico desta Corte Superior no sentido de que, nos casos em que a recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar impõe ao usuário de plano de saúde um grau de sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual, atingindo direito da personalidade, fica demonstrada a ocorrência de danos morais e caracterizado o direito à reparação.

5. A revisão da compensação por danos morais e do quantum indenizatório só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Salvo essas hipóteses, incide a Súmula n. 7 do STJ, impedindo o conhecimento do recurso.

6. Agravo interno provido. Agravo conhecido. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, não provido.

(AgInt no AREsp n. 2.842.229/RJ, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 19/5/2025, DJEN de 22/5/2025 - grifos acrescidos.)

Ante o exposto, não conheço do Recurso Especial.

Majoro o percentual de honorários sucumbenciais em 2% (dois por cento), nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**REsp 2.155.124 / MT
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0239074-1

Número de Origem:
10233020320218110041

Sessão Virtual de 24/06/2025 a 30/06/2025

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 : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197

JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735

RECORRIDO : LUDMILA GUIMARAES SELLA

ADVOGADO : KAROLINE PEREIRA DE MIRANDA - MT024110

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

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 24/06/2025 a 30/06/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

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

Brasília, 30 de junho de 2025