



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2721875 - PE (2024/0301949-0)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE
ADVOGADO : THIAGO PESSOA ROCHA - PE029650
AGRAVADO : JEFFERSON DA SILVA RAMOS
ADVOGADO : ANDERSON OLIVEIRA BRITO - PE044926

EMENTA

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRADO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. RECUSA ILÍCITA. INVIABILIDADE DO REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. REEMBOLSO INTEGRAL DEVIDO. CONSONÂNCIA COM O ENTENDIMENTO DO STJ SOBRE O TEMA. APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 568 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRADO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Para se desconstituir as premissas firmadas no acórdão recorrido, seria necessário perquirir se haveria outro procedimento eficaz para o tratamento da patologia que acomete o recorrido, ponderação que demandaria, inevitavelmente, o reexame do acervo fático-probatório dos autos, o que é obstado, em recurso especial, pelo enunciado da Súmula n.º 7 do STJ.
2. 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.
3. 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.

4. Agravo interno não 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 11/03/2025 a 17/03/2025, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 18 de março de 2025.

Ministro MOURA RIBEIRO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2721875 - PE (2024/0301949-0)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE
ADVOGADO : THIAGO PESSOA ROCHA - PE029650
AGRAVADO : JEFFERSON DA SILVA RAMOS
ADVOGADO : ANDERSON OLIVEIRA BRITO - PE044926

EMENTA

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRADO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. RECUSA ILÍCITA. INVIABILIDADE DO REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. REEMBOLSO INTEGRAL DEVIDO. CONSONÂNCIA COM O ENTENDIMENTO DO STJ SOBRE O TEMA. APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 568 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRADO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Para se desconstituir as premissas firmadas no acórdão recorrido, seria necessário perquirir se haveria outro procedimento eficaz para o tratamento da patologia que acomete o recorrido, ponderação que demandaria, inevitavelmente, o reexame do acervo fático-probatório dos autos, o que é obstado, em recurso especial, pelo enunciado da Súmula n.º 7 do STJ.
2. 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.
3. 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.

4. Agravo interno não provido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE (SUL AMERICA) contra decisão monocrática de minha relatoria, assim ementada:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. RECUSA ILÍCITA. INVIABILIDADE DO REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. REEMBOLSO INTEGRAL DEVIDO. CONSONÂNCIA COM O ENTENDIMENTO DO STJ SOBRE O TEMA. APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 568 DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO EM PARTE E, NESSA EXTENSÃO, IMPROVIDO.

Nas razões do presente inconformismo, defendeu a inaplicabilidade das Súmulas nºs 7 e 568 do STJ ao sustentar que **(1)** não está legal e contratualmente obrigada ao custeio do tratamento requerido, especialmente porque o autor não é portador de transtornos de desenvolvimento e tampouco de autismo; e **(2)** o reembolso do tratamento deve ocorrer nos limites previstos na tabela do contrato.

Foi apresentada contraminuta.

É o relatório.

VOTO

O inconformismo agora manejado não merece provimento por não ter trazido nenhum elemento apto a infirmar as conclusões externadas na decisão recorrida.

(1) Do dever de cobertura

Como constou na decisão agravada, em julgamento finalizado no dia 8 de junho de 2022, 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.

No caso dos autos, o Tribunal de origem, ao decidir a controvérsia, amparou seu entendimento nas circunstâncias fático-probatórias inerentes à causa e concluiu pela abusividade da negativa de cobertura do procedimento, considerando que ficou demonstrada hipótese de cobertura do tratamento, à título excepcional, vez que há comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências.

Desta feita, para se desconstituir as premissas firmadas no acórdão recorrido, seria necessário perquirir se haveria outro procedimento eficaz para o tratamento da patologia que acomete o recorrido, ponderação que demandaria, inevitavelmente, o reexame do acervo fático-probatório dos autos, o que é obstado, em recurso especial, pelo enunciado da Súmula n.º 7 do STJ.

Nesse sentido, confirmam-se os precedentes:

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS. RECUSA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO. ESCLEROSE

MÚLTIPLA. MEDICAMENTO QUE NÃO CONSTAVA DO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL APTA A AUTORIZAR O CUSTEIO DO TRATAMENTO. AGRAVO DESPROVIDO. RECURSO QUE DEIXA DE IMPUGNAR ESPECIFICAMENTE OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO ORA AGRAVADA. INCIDÊNCIA DOS ARTS. 932, III, E 1.021, § 1º, DO CPC/2015. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. 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, eis que o tratamento de saúde não era experimental, tendo sido apurado tecnicamente à luz de evidências científicas constantes do Laudo Médico Pericial que o tratamento era 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. 7 do STJ.

2. Conforme entendimento desta Quarta Turma, firmado no julgamento do REsp 1.733.013/PR, o rol de procedimentos mínimos da ANS não pode ser visto como meramente exemplificativo, tampouco a cobertura do plano de saúde como ilimitada, não sendo correto afirmar ser abusiva a exclusão do custeio dos meios e dos materiais necessários ao tratamento indicado pelo médico assistente que não estejam no rol da ANS ou no conteúdo contratual.

3. No presente caso, a necessidade de se custear medicamento não previsto, à época, no rol da ANS encontra-se justificada, devido ao fato de o beneficiário apresentar esclerose múltipla cujo tratamento com o medicamento Ocrelizumabe era adequado à garantia de sua sobrevivência, conforme apontado pelo Laudo Médico Pericial, devendo ser mantida a determinação das instâncias ordinárias de custeio do procedimento pelo plano de saúde.

4. Inexistindo impugnação específica, como seria de rigor, aos fundamentos da decisão ora agravada, essa circunstância obsta, por si só, a pretensão recursal, pois, à falta de contrariedade, permanecem incólumes os motivos expendidos pela decisão recorrida.

Incide na espécie o disposto no arts. 932, III e 1.021, § 1º, do Código de Processo Civil de 2015.

5. Agravo interno não provido.

(AglInt no REsp n. 1.919.402/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 28/6/2021, DJe de 1º/7/2021)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (OCRELIZUMABE) PARA TRATAMENTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA. RECUSA DE COBERTURA PELO PLANO DE SAÚDE.

1. É assente no STJ o entendimento segundo o qual 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.

2. Segundo a jurisprudência do STJ, "é abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de custear a cobertura do medicamento registrado na ANVISA e prescrito pelo médico do paciente, ainda que se trate de fármaco off-label, ou utilizado em caráter experimental" (AglInt no AREsp 1.653.706/SP, Terceira Turma, julgado em 19/10/2020, DJe 26/10/2020; AglInt no AREsp 1.677.613/SP); AglInt no REsp 1.680.415/CE, Quarta Turma, julgado em 31/8/2020, DJe 11/9/2020).

3. Na hipótese, o TJSP julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta e abusiva a negativa de cobertura ao tratamento médico solicitado, por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS e por sua natureza experimental. Alterar os fundamentos do acórdão recorrido demandaria uma reanálise do quadro fático e probatório dos autos, o que esbarraria na Súmula n. 7.

Agravo interno improvido.

(AglInt no REsp n. 1.979.870/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 30/10/2023, DJe de 3/11/2023.)

(2) Do reembolso

Nas razões do presente recurso, SUL AMERICA afirmou a violação do art. 12 da Lei nº 9.656/98, ao sustentar que, no caso dos autos, o reembolso deve ser limitado ao valor de tabela do contrato.

Por oportuno, transcreve-se uma vez mais a conclusão do TJPE sobre o tema:

Ressalto, contudo, que há uma hipótese de cobertura integral expressamente prevista no IAC e no art. 9º, caput, da Resolução Normativa – RN nº 259 de 17 de junho de 2011, aplicável quando há inexistência ou indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço e esse é o caso dos autos, visto que a parte não demonstrou ter disponibilidade dentro da rede. (e-STJ, fl. 1367)

No mesmo sentido, 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.

A propósito, confirmam-se os seguintes precedentes:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 282/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. COBERTURA INTEGRAL DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO INCLUINDO INTERNAÇÃO. INÉRCIA DA OPERADORA EM INDICAR O PROFISSIONAL ASSISTENTE. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA ÀS CUSTAS DO USUÁRIO. COPARTICIPAÇÃO INDEVIDA. REEMBOLSO INTEGRAL. CUMPRIMENTO DA ORDEM JUDICIAL. IMPOSIÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE PAGAR. AFASTAMENTO DA MULTA ARBITRADA.
1. Ação declaratória de obrigação de fazer ajuizada em 24/08/2021, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 22/03/2022 e concluso ao gabinete em 19/10/2022.
2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a validade da cláusula de coparticipação do

beneficiário após o 30º dia de internação psiquiátrica fora da rede credenciada; (iii) a obrigação da operadora de reembolsar integralmente as despesas com internação psiquiátrica fora da rede credenciada; e (iv) a validade e a proporcionalidade das astreintes fixadas.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial (súm. 282/STF).

4. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15.

5. Diferentemente da hipótese do Tema 1.032/STJ, não há falar em coparticipação quando é o próprio usuário quem está arcando com as despesas de internação psiquiátrica fora da rede credenciada, ante a inércia da operadora em indicar o profissional assistente.

6. A partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, e considerando o cenário dos autos - sinalizando a omissão da operadora na indicação de prestador da rede credenciada -, faz jus o beneficiário ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, sob pena, inclusive, de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.

7. Hipótese em que, seja pelo cumprimento da obrigação de fazer pela operadora, seja pelo deferimento do pagamento de reembolso integral (obrigação de pagar), deve ser afastada a multa arbitrada.

10. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, parcialmente provido.

(REsp n. 2.031.301/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 7/11/2023, DJe de 14/11/2023.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. PACIENTE COM CÂNCER. RECUSA ABUSIVA. REEMBOLSO INTEGRAL. PRECEDENTES DO STJ. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Por ocasião do julgamento do REsp 1.733.013/PR, "fez-se expressa ressalva de que a natureza taxativa ou exemplificativa do aludido rol seria desimportante à análise do dever de cobertura de medicamentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução da ANS" (AgInt no REsp 1.949.270/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, Quarta Turma, DJe de 24.2.2022).

2. No caso, trata-se de fornecimento de medicamento para tratamento de câncer, hipótese em que a jurisprudência é assente no sentido de que o fornecimento é obrigatório. Nesse sentido: AgInt no REsp 1.911.407/SP, Relator Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, DJe de 24.5.2021; AgInt no AREsp 1.002.710/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, Quarta Turma, DJe de 7.5.2020; AgInt no AREsp 1.584.526/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Quarta Turma, DJe de 17.3.2020.

3. A jurisprudência desta Corte se firmou no sentido de que, "nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, o reembolso, pela operadora de assistência à saúde, do custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, deve ficar limitado aos valores indicados na tabela da operadora de plano de saúde, ainda que se trate de inexistência de estabelecimento credenciado no local ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora" (AgInt no AREsp 2.534.737/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe de 7.6.2024).

4. Entretanto, "o usuário faz jus ao reembolso integral das despesas médicas, quando comprovado o inadimplemento contratual do plano de saúde relativo à recusa do custeio do tratamento prescrito pelo

médico assistente. Precedentes" (Aglnt no AREsp 2.561.564/SP, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, DJe de 22.8.2024).

5. Estando a decisão de acordo com a jurisprudência desta Corte, o recurso encontra óbice na Súmula 83/STJ.

6. Agravo interno a que se nega provimento.

(Aglnt no REsp n. 2.054.006/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 25/11/2024, DJEN de 6/12/2024.)

Dessarte, mantém-se a decisão proferida, por não haver motivos para sua alteração.

Nessas condições, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao agravo interno.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**AgInt no AREsp 2.721.875 / PE
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0301949-0

Número de Origem:

00460715720228172001 460715720228172001

Sessão Virtual de 11/03/2025 a 17/03/2025

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

ADVOGADO : THIAGO PESSOA ROCHA - PE029650

AGRAVADO : JEFFERSON DA SILVA RAMOS

ADVOGADO : ANDERSON OLIVEIRA BRITO - PE044926

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

ADVOGADO : THIAGO PESSOA ROCHA - PE029650

AGRAVADO : JEFFERSON DA SILVA RAMOS

ADVOGADO : ANDERSON OLIVEIRA BRITO - PE044926

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 11/03/2025 a 17/03/2025, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e

Daniela Teixeira votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 17 de março de 2025