



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2754425 - MT(2024/0357805-6)

RELATOR : **MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**
AGRAVANTE : **UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**
ADVOGADOS : **JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197**
 JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT0067350
AGRAVADO : **LOURDES VELOSO DE BARROS**
ADVOGADO : **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO**

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA EM URGÊNCIA DURANTE CARÊNCIA E DANOS MORAIS. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo em recurso especial contra a decisão que inadmitiu o recurso especial com base na Súmula n. 83 do STJ.
2. A controvérsia trata de ação cominatória de obrigação de fazer com pedido de autorização imediata de internação e custeio de materiais e procedimentos em caráter de urgência, em caso de doença preexistente, além de indenização por danos morais.
3. O Juízo de primeiro grau confirmou a tutela, determinou a imediata autorização da internação e do tratamento, indeferiu os danos morais e fixou honorários em 10% sobre o valor da causa.
4. A Corte de origem manteve a obrigação de fazer, condenou a operadora de saúde ao pagamento de R\$ 10.000,00 por danos morais e majorou os honorários para 15% sobre o valor da condenação. Os embargos de declaração foram acolhidos para sanar erro material, com majoração dos honorários sobre o valor da condenação, sem efeitos infringentes.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

5. Há oito questões em discussão: (i) saber se é devida a cobertura de procedimentos/tratamento sem o cumprimento da carência de 24 meses para doenças e lesões preexistentes (art. 11 da Lei n. 9.656/1998); (ii) saber se a regra de carência em urgência e emergência limita a cobertura à mínima durante a carência, conforme segmentação contratual (art. 12, V, da Lei n. 9.656/1998 e Resolução n. 13/1998); (iii) saber se a amplitude da cobertura deve observar a regulação da ANS, que limita a cobertura em período de carência e segmentação (art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998); (iv) saber se a assistência deve observar a lei e

o contrato, impedindo custeio além dos limites pactuados (art. 35-F da Lei n. 9.656/1998); (v) saber se foram violados os arts. 421 e 422 do CC com o afastamento de cláusulas claras de carência e cobertura parcial temporária; (vi) saber se não há cláusula abusiva à luz do CDC, pois as limitações estavam redigidas com destaque e transparência (arts. 4º, III, 51, VI e § 1º, II, e 54, § 4º); (vii) saber se não houve ato ilícito e se é indevida a condenação a danos morais por exercício regular de direito (arts. 186, 188, I, e 927, do CC); e (viii) saber se o valor dos danos morais deve ser reduzido por desproporção (art. 944 do CC).

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. Aplica-se a Súmula n. 83 do STJ, pois o acórdão recorrido está em harmonia com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça sobre mitigação da carência em urgência/emergência em caso de doença preexistente.

7. Em recurso especial, não se conhece de matéria fundada em ato normativo secundário.

8. Incide a Súmula n. 7 do STJ para manter a condenação por danos morais e afastar a revisão do *quantum*, inexistindo hipótese de valor irrisório ou exorbitante.

IV. DISPOSITIVO E TESE

9. Agravo em recurso especial desprovido.

Tese de julgamento: “1. Aplica-se a Súmula n. 83 do STJ quando o acórdão do tribunal de origem está alinhado à jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça. 2. A Súmula n. 7 do STJ impede o reexame de fatos e a revisão do *quantum* indenizatório”.

Dispositivos relevantes citados: Lei n. 9.656/1998, arts. 10, § 4º, 11, 12, V, 35-C, 35-F e 35-G; CDC, 4º, III, 6º, VI e VII, 51, VI e § 1º, II, e 54, § 4º; CC, arts. 186, 188, I, 927, 944 e 884; CPC, art. 85, § 11.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmulas n. 7, 83 e 597; STJ, REsp n. 1.664.818/DF, relator Ministro Og Fernandes, Segunda Turma, julgado em 21/6/2022; STJ, AgInt no AREsp n. 1.760.002/PR, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 9/5/2022; STJ, AgRg no AREsp n. 2.032.402/SP, relatora Ministra Laurita Vaz, Sexta Turma, julgado em 3/5/2022; STJ, AgInt no AREsp n. 1.859.833/SP, relatora Ministra Nancy Andrichi, Terceira Turma, julgado em 20/9/2021; STJ, AgInt no AREsp n. 2.410.253/RN, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 19/3/2024; STJ, AgInt no AREsp n. 2.078.366/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023; STJ, AgInt no AREsp n. 1.224.156/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 24/4/2018; STJ, AgInt no AREsp n. 993.087/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 26/11/2019; STJ, AgRg no AR Esp n. 437.831/GO, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 6/5/2014.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 14/04/2026 a 22/04/2026, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) votaram com o Sr. Ministro Relator.

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

Brasília, 23 de abril de 2026.

Ministro João Otávio de Noronha
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2754425 - MT(2024/0357805-6)

RELATOR : **MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**
AGRAVANTE : **UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**
ADVOGADOS : **JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197**
 JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT006735
AGRAVADO : **LOURDES VELOSO DE BARROS**
ADVOGADO : **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO**

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA EM URGÊNCIA DURANTE CARÊNCIA E DANOS MORAIS. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo em recurso especial contra a decisão que inadmitiu o recurso especial com base na Súmula n. 83 do STJ.
2. A controvérsia trata de ação cominatória de obrigação de fazer com pedido de autorização imediata de internação e custeio de materiais e procedimentos em caráter de urgência, em caso de doença preexistente, além de indenização por danos morais.
3. O Juízo de primeiro grau confirmou a tutela, determinou a imediata autorização da internação e do tratamento, indeferiu os danos morais e fixou honorários em 10% sobre o valor da causa.
4. A Corte de origem manteve a obrigação de fazer, condenou a operadora de saúde ao pagamento de R\$ 10.000,00 por danos morais e majorou os honorários para 15% sobre o valor da condenação. Os embargos de declaração foram acolhidos para sanar erro material, com majoração dos honorários sobre o valor da condenação, sem efeitos infringentes.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

5. Há oito questões em discussão: (i) saber se é devida a cobertura de procedimentos/tratamento sem o cumprimento da carência de 24 meses para doenças e lesões preexistentes (art. 11 da Lei n. 9.656/1998); (ii) saber se a regra de carência em urgência e emergência limita a cobertura à mínima durante a carência, conforme segmentação contratual (art. 12, V, da Lei n. 9.656/1998 e Resolução n. 13/1998); (iii) saber se a amplitude da cobertura deve observar a regulação da ANS, que limita a cobertura em período de carência e segmentação (art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998); (iv) saber se a assistência deve observar a lei e

o contrato, impedindo custeio além dos limites pactuados (art. 35-F da Lei n. 9.656/1998); (v) saber se foram violados os arts. 421 e 422 do CC com o afastamento de cláusulas claras de carência e cobertura parcial temporária; (vi) saber se não há cláusula abusiva à luz do CDC, pois as limitações estavam redigidas com destaque e transparência (arts. 4º, III, 51, VI e § 1º, II, e 54, § 4º); (vii) saber se não houve ato ilícito e se é indevida a condenação a danos morais por exercício regular de direito (arts. 186, 188, I, e 927, do CC); e (viii) saber se o valor dos danos morais deve ser reduzido por desproporção (art. 944 do CC).

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. Aplica-se a Súmula n. 83 do STJ, pois o acórdão recorrido está em harmonia com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça sobre mitigação da carência em urgência/emergência em caso de doença preexistente.

7. Em recurso especial, não se conhece de matéria fundada em ato normativo secundário.

8. Incide a Súmula n. 7 do STJ para manter a condenação por danos morais e afastar a revisão do *quantum*, inexistindo hipótese de valor irrisório ou exorbitante.

IV. DISPOSITIVO E TESE

9. Agravo em recurso especial desprovido.

Tese de julgamento: “1. Aplica-se a Súmula n. 83 do STJ quando o acórdão do tribunal de origem está alinhado à jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça. 2. A Súmula n. 7 do STJ impede o reexame de fatos e a revisão do *quantum* indenizatório”.

Dispositivos relevantes citados: Lei n. 9.656/1998, arts. 10, § 4º, 11, 12, V, 35-C, 35-F e 35-G; CDC, 4º, III, 6º, VI e VII, 51, VI e § 1º, II, e 54, § 4º; CC, arts. 186, 188, I, 927, 944 e 884; CPC, art. 85, § 11.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmulas n. 7, 83 e 597; STJ, REsp n. 1.664.818/DF, relator Ministro Og Fernandes, Segunda Turma, julgado em 21/6/2022; STJ, AgInt no AREsp n. 1.760.002/PR, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 9/5/2022; STJ, AgRg no AREsp n. 2.032.402/SP, relatora Ministra Laurita Vaz, Sexta Turma, julgado em 3/5/2022; STJ, AgInt no AREsp n. 1.859.833/SP, relatora Ministra Nancy Andrichi, Terceira Turma, julgado em 20/9/2021; STJ, AgInt no AREsp n. 2.410.253/RN, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 19/3/2024; STJ, AgInt no AREsp n. 2.078.366/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023; STJ, AgInt no AREsp n. 1.224.156/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 24/4/2018; STJ, AgInt no AREsp n. 993.087/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 26/11/2019; STJ, AgRg no AR Esp n. 437.831/GO, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 6/5/2014.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por UNIMED CUIABÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra a decisão que inadmitiu o recurso especial com base na Súmula n. 83 do STJ quanto às alegadas violações dos arts. 11, 12, V, e 35-C da Lei n. 9.656/1998; 54 do Código de Defesa do Consumidor; e 421 e 422, 186, 188, I, 927 e 944 do Código Civil.

Alega a parte agravante que os pressupostos de admissibilidade do recurso especial foram atendidos.

O recurso especial foi interposto com fundamento no art. 105, III, *a*, da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso em apelação cível nos autos de ação cominatória de obrigação de fazer.

O julgado foi assim ementado (fls. 489-490):

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO COMINATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PLANO DE SAÚDE – PERÍODO DE CARÊNCIA CONTRATUAL – SITUAÇÃO DE URGÊNCIA QUE AFASTA ÓBICE À COBERTURA – NECESSIDADE DE IMEDIATA SUBMISSÃO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA – FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO – DANO MORAL CONFIGURADO – SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO E ANGÚSTIA PSICOLÓGICA – SENTENÇA REFORMADA – RECURSO DA AUTORA PROVIDO – RECURSO DA RÉ DESPROVIDO. 1. Tratando-se de caso de urgência e emergência, deve ser afastada a cláusula que estabelece prazo de carência seja por força do que dispõe o art. 51, IV, do CDC, seja pelo que prevê o art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98; no entanto, tratando-se de atendimento/tratamento eletivo, é válida a recusa de cobertura com base na carência contratual, não advindo daí o dever de indenizar/ressarcir. 2. A recusa da operadora do plano de saúde para o tratamento médico emergencial solicitado, colocando em risco a vida da segurada, configura ato ilícito indenizável. 3. O valor da indenização por danos morais deve ser razoável, devendo ser fixado segundo as circunstâncias das causas e o perfil dos litigantes, para que repare os danos causados e puna razoavelmente o ofensor, com intuito preventivo, mas sem permitir o enriquecimento sem causa. Inteligência dos arts. 186, 884 e 944, todos do CC; do art. 6º, VI e VII, do CDC; e do art. 5º, V e X, da CRFB.

Os embargos de declaração opostos foram acolhidos nestes termos (fls. 648-651):

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO - APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO COMINATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE - PERÍODO DE CARÊNCIA CONTRATUAL - SITUAÇÃO DE URGÊNCIA QUE AFASTA ÓBICE À COBERTURA - NECESSIDADE DE IMEDIATA SUBMISSÃO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA - FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - DANO MORAL CONFIGURADO - SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO E ANGÚSTIA PSICOLÓGICA - SENTENÇA REFORMADA - RECURSO DA AUTORA PROVIDO - RECURSO DA RÉ DESPROVIDO - ERRO MATERIAL VERIFICADO - CONDENAÇÃO SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO - EMBARGOS ACOLHIDOS SEM EFEITOS INFRINGENTES - DISPOSITIVO MODIFICADO- Acolho os embargos de declaração para sanar erro material e determinar a majoração de honorários advocatícios sobre o valor da condenação.

No recurso especial, a parte aponta violação dos seguintes artigos:

a) 11 da Lei n. 9.656/1998, porque o acórdão reconheceu cobertura sem o cumprimento da carência de 24 meses para doenças e lesões preexistentes, prevista em lei e no contrato, e afastou a regularidade da negativa em exercício de direito;

b) 12, V, da Lei n. 9.656/1998, já que a decisão aplicou regra de carência em casos de urgência e emergência sem observar os limites legais e a segmentação contratual, bem como impôs cobertura integral quando, durante a carência, seria apenas a cobertura mínima, nos termos da Resolução CONSU n. 13/1998;

c) 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998, porquanto a amplitude de cobertura deve seguir normas da ANS, mas o acórdão desconsiderou a regulação setorial que limita cobertura em período de carência e segmentação;

d) 35-F da Lei n. 9.656/1998, pois a assistência deve observar a lei e o contrato; contudo, a condenação obrigou custeio fora dos limites pactuados e legais;

e) 421 e 422 do Código Civil, uma vez que houve desconconsideração da função social do contrato e da boa-fé objetiva em decorrência do afastamento de cláusulas claras de carência e cobertura parcial temporária, violando a força obrigatória do pacto;

f) 4º, III, 51, VI e § 1º, II, e 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor, visto que não houve cláusula abusiva, pois as limitações estavam redigidas com destaque e transparência, e a decisão reputou nulas previsões legítimas;

g) 186, 188, I, e 927, do Código Civil, porque não houve ato ilícito, já que a negativa decorreu de exercício regular de direito com base legal e contratual, inexistindo dever de indenizar danos morais; e

h) 944 do Código Civil, já que o valor de R\$ 10.000,00, fixado para os danos morais, foi desproporcional, devendo ser reduzido conforme a gravidade da culpa e a extensão do dano.

Requer o provimento do recurso para que se reconheça a violação dos dispositivos legais acima indicados e se reforme o acórdão recorrido para afastar a determinação de custeio do tratamento em período de carência, bem como a condenação a danos morais, já que a operadora de saúde agiu no exercício legal do direito.

Parecer do Ministério Público Federal pelo desprovimento do recurso.

É o relatório.

VOTO

Inicialmente, esclareça-se que, em conformidade com a jurisprudência do STJ, é possível o juízo de admissibilidade adentrar o mérito do recurso, porquanto o exame da admissibilidade pela alínea a, em razão dos pressupostos constitucionais, envolve o próprio mérito da controvérsia (REsp n. 1.664.818/DF,

relator Ministro Og Fernandes, Segunda Turma, julgado em 21/6/2022, DJe de 30/6/2022; AgInt no AREsp n. 1.760.002/PR, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 9/5/2022, DJe de 11/5/2022; e AgRg no AREsp n. 2.032.402/SP, relatora Ministra Laurita Vaz, Sexta Turma, julgado em 3/5/2022, DJe de 6/5/2022).

Nesse sentido, aliás, é o enunciado da Súmula n. 123 do STJ: "A decisão que admite, ou não, o recurso especial deve ser fundamentada, com exame dos seus pressupostos gerais e constitucionais".

Passo, pois, à análise das teses tratadas em recurso especial.

A controvérsia diz respeito a ação cominatória de obrigação de fazer em que a parte autora pleiteou autorização imediata de internação e custeio de todos os materiais e procedimentos prescritos em caráter de urgência, bem como indenização por danos morais.

O Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos para confirmar a tutela de urgência inicialmente deferida e determinar que a ré autorizasse imediatamente a internação e fornecesse todos os materiais e procedimentos prescritos, indeferindo a indenização por danos morais e fixando honorários advocatícios em 10% sobre o valor da causa.

A Corte de origem reformou a sentença para condenar a ré ao pagamento de R\$ 10.000,00 por danos morais, mantendo a obrigação de fazer e majorando os honorários para 15% sobre o valor da condenação.

I - Arts. 11, 12, V, 10, § 4º, e 35-F da Lei n. 9.656/1998; 421 e 422 do CC; e 4º, III, 51, VI e § 1º, II, e 54, § 4º, do CDC

Defende a parte recorrente que a negativa de cobertura foi lícita, tendo em vista a necessidade de se cumprir carência de 24 meses para doenças e lesões preexistentes, prevista em lei e no contrato. Ressalta que, em casos de urgência e emergência, haveria apenas uma cobertura mínima, nos termos da Resolução

CONSU n. 13/1998. Assim, afirma que o acórdão recorrido, além de desconsiderar a competência da ANS para regular o setor, desconsiderou a força obrigatória do contrato e a licitude das cláusulas limitativas de cobertura.

O Tribunal de origem, quanto ao dever de cobertura do procedimento, confirmou a sentença quanto ao dever do plano de saúde de cobertura do tratamento realizado em caráter de urgência em caso de doença preexistente. O Juízo de primeiro grau, após aplicar as normas do Código de Defesa do Consumidor ao caso concreto, destacou ser incontroverso que a parte recorrida necessitava submeter-se ao procedimento cirúrgico de revascularização miocárdio diante de risco de vida decorrente de uma hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Asseverou que o médico cardiologista, além de narrar o quadro de saúde da segurada, solicitara a liberação do procedimento com urgência, tendo em vista o risco de vida.

Especificamente sobre o prazo de carência para doenças preexistentes, a sentença, transcrita no acórdão, deixou claro que, conforme o contrato, o prazo para atendimento seria de 24 meses, porém ponderou que o contrato também reza que, nos casos de urgência e emergência, o atendimento ocorreria em 12 horas. Sequencialmente, examinou o laudo pericial, cujos termos foram claros ao concluir que o quadro de saúde da parte recorrida já se agravava, havendo necessidade de intervenção rápida, sob pena de infarto e óbito.

Considerando esse quadro fático, o Juízo de primeira instância amparou-se em princípios constitucionais e no escopo do contrato de plano de saúde, aplicando ao caso o disposto nos arts. 35-G e 12, V, da Lei n. 9.656/1998, concluindo pelo dever de cobertura nos seguintes termos (fl. 495):

[...]

Diante desse cenário, mesmo durante o prazo de carência, a gravidade do quadro da autora enseja a cobertura imediata, compreendendo todo e qualquer procedimento ou providência necessária ao afastamento da situação de risco,

admitida no máximo uma carência de 24 (vinte e quatro) horas, que já se havia escoado.

Os relatórios médicos juntados comprovam que a autora, acometida por grave doença, necessitava de internação hospitalar em caráter de urgência.

Diante deste quadro não poderia a ré se recusar a autorizar a internação e cobrir o tratamento da autora sob o fundamento de que ainda estava em vigor a cobertura parcial temporária, pois o artigo 35-C, I, da Lei nº 9.656/98 estabelece que é obrigatória a cobertura dos atendimentos nos casos de emergência, que encerram risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis, como no caso concreto.

[...].

Após, o Tribunal *a quo* consignou que, embora lícita a estipulação de carência nos planos de saúde, tal circunstância não poderia configurar óbice ao atendimento médico-hospitalar em casos de urgência e emergência, sob pena de abusividade.

Além disso, afirmou que houve demonstração inequívoca da emergência do procedimento cirúrgico de revascularização, com base no art. 35-G da Lei n. 9.656/1998, concluindo que a negativa de cobertura não poderia subsistir em razão da excepcional situação de risco de vida, corroborando a conclusão sobre a falha na prestação de serviços pela operadora do plano de saúde, inclusive aplicando a Súmula n. 597 do STJ. Observe-se (fls. 497-498):

[...]

Embora seja indiscutivelmente lícita a estipulação de prazo de carência nos planos de saúde, essa possibilidade, porém, à luz das normas protetivas ao consumidor, não pode constituir óbice intransponível ao atendimento médico-hospitalar quando se está frente a caso de urgência e/ou emergência, afinal, diante de uma dessas hipóteses, revela-se abusiva qualquer cláusula que restrinja o atendimento indispensável à preservação da saúde do consumidor, o que, aliás, dá ensejo à ingerência jurisdicional para remover o obstáculo abusivo com apoio nas regras e princípios do CDC (art. 51, IV) e da Lei nº 9.656/98 (art. 35-C), afinal, “a cláusula de carência do contrato de plano de saúde deve ser mitigada diante de situações ”emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado (STJ - Quarta Turma - AgRg no AR Esp 437.831/GO, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, julgado em 06/05/2014, D Je 13/05/2014).

[...]

Fixada a premissa de que a carência contratual não subsiste em face de situação crítica à saúde do beneficiário, consoante entendimento já sumulado pela Corte Superior, e também a de que é incontroverso que o contrato celebrado entre as partes contém expressa estipulação de “carência de 24 meses para a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados à seguintes patologias e/ou procedimentos: catarata, Hipertensão Arterial, diabetes”, vê-se, que, no caso, a r. sentença foi balizada pela inequívoca demonstração do caráter emergencial do procedimento cirúrgico de revascularização.

O art. 35-C da Lei nº 9.656/98 dispõe que:

[...]

No caso, adotando o conceito de urgência como sendo qualquer circunstância médica que importe em mal exponencial que exponha a saúde e incolumidade do paciente a risco de grave lesão, a negativa de cobertura por carência não subsiste em razão da excepcional situação de perigo de vida, incidindo à espécie o entendimento acerca da nulidade da carência contratual superior ao período máximo de 24 horas em caso de atendimento urgente (STJ, Súmula nº 597), e, sendo assim, tenho que é irreparável a conclusão sentencial quanto à falha na prestação do serviço e o dever da ré Unimed em custear a realização do procedimento cirúrgico e de todo o tratamento necessário ao restabelecimento da saúde da apelada/autora.

Desse modo, a Corte estadual reconheceu a validade de cláusula contratual que impõe prazo de carência; no entanto, concluiu que, em razão da indiscutível urgência, não deveria subsistir a limitação de atendimento indispensável à preservação da saúde.

O Tribunal de origem, ao reconhecer que o prazo de carência previsto no contrato de plano de saúde para os casos de doenças ou lesões preexistentes não prevalece diante dos casos de urgência e emergência, decidiu de acordo com o entendimento firme do Superior Tribunal de Justiça.

A propósito, os seguintes precedentes:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. CDC. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. CERCEAMENTO DE DEFESA. PRODUÇÃO DE PROVAS. REEXAME DE FATOS E PROVAS.

INADMISSIBILIDADE. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO. RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 568/STJ.

1. A existência de fundamento do acórdão recorrido não impugnado - quando suficiente para a manutenção de suas conclusões - impede a apreciação do recurso especial.

2. O reexame de fatos e provas em recurso especial é inadmissível.

3. O prazo de carência estabelecido em contrato de plano de saúde, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, não prevalece nos casos de urgência ou emergência. Precedentes.

4. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 1.859.833/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 20/9/2021, DJe de 22/9/2021, destaquei.)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA DE URGÊNCIA. CARÊNCIA SUPERIOR A 24H. ABUSIVIDADE. SÚMULA N. 597/STJ. DOENÇA PREEXISTENTE. DANOS MORAIS E QUANTUM INDENIZATÓRIO. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. Nos termos da Súmula n. 597/STJ, "A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação".

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

3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.410.253/RN, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 19/3/2024, DJe de 21/3/2024, destaquei.)

No mesmo sentido: AgInt no AREsp n. 2.078.366/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023, DJe de 31/3/2023; AgInt no AREsp n. 1.224.156/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 24/4/2018, DJe de 3/5/2018.

Caso, pois, de aplicação da Súmula n. 83 do STJ.

Some-se a isso a circunstância de que a tese deduzida pela recorrente tangencia atos normativos secundários editados por autoridades administrativas (Resolução CONSU n. 13/1998), matéria estranha ao recurso especial, uma vez que cabe ao STJ interpretar a lei federal (AgInt no AREsp n. 993.087/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 26/11/2019, DJe de 27/11/2019).

II - Arts. 186, 188, I, 927 e 944 do CC

O Tribunal de origem concluiu pela condenação da parte recorrente ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00, considerando que a situação extravasa o mero dissabor, sendo certo que a recusa imotivada de custeio do procedimento cirúrgico é capaz de gerar abalo moral, além de frustração, ansiedade, angústia, sobretudo quando o segurado já se encontra com a saúde debilitada. Acrescentou que uma situação de urgência/emergência causa imenso abalo psíquico, aliado à negativa caprichosa de cobertura pela operadora do plano de saúde.

Após reconhecer a violação dos direitos personalíssimos, o acórdão recorrido fixou a indenização no valor de R\$ 10.000,00, através da mensuração dos danos, inclusive pela sua repercussão social, o comportamento das partes para a ocorrência do evento danoso, o perfil social e financeiro da lesada e da ofensora, além de observar o caráter disciplinar.

Confira-se (fls. 500-501):

E, no caso, realmente não se pode admitir que a situação enfrentada pela autora ficou apenas no plano do mero aborrecimento cotidiano, incapaz de gerar qualquer lesão com aptidão de ensejar reparação, pois não há sombra de dúvida de que a recusa imotivada do custeio do procedimento cirúrgico é capaz de gerar grave abalo psicológico/moral a qualquer pessoa, gerando sentimento de frustração, ansiedade, angústia, mormente na hipótese em que se trata de pessoa que já estava com a saúde debilitada, todos esses aspectos que são mais do que suficientes para caracterizar o dano extrapatrimonial indenizável; não há dúvida que uma situação de urgência/emergência, é causa de imenso abalo psicológico e emocional, aliado, ainda, a frustração e ludíbrio surgida com a negativa caprichosa de prestação do serviço no momento em que se mais precisava dele.

Já quanto ao valor da indenização, reafirmo, como já fiz em tantos outros casos, que o arbitramento deve se prender à análise crítica e cuidadosa do conjunto de circunstâncias que envolvem o problema, com a devida mensuração da extensão dos danos, inclusive pela repercussão social dos fatos, além do comportamento de lado a lado (a autora nada contribuiu para a ocorrência do evento danoso), sobretudo, com consideração do perfil social e financeiro tanto da pessoa lesada quanto da ofensora (de um lado, a autora, aposentada, e, do outro, empresa privada

de grande porte de assistência à saúde suplementar) e, para ter caráter disciplinar, o valor indenizatório deve ser arbitrado em montante suficiente para desencorajar a reincidência de ofensas semelhantes, ou seja, para que potenciais ofensores se abstenham de adotar idênticas condutas causadoras de danos assemelhados.

Com efeito, em reexame cuidadoso dos fatos e circunstâncias envolvidas na lide, sopesando as particularidades e nuances do caso, admito que o montante de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) atende satisfatoriamente o caráter disciplinar e ressarcitório da condenação indenizatória, sendo valor razoável e ajustado às particularidades deste caso.

Dessa forma, a prática de ato ilícito e a reparação pelos danos personalíssimos dele advindos foram devidamente particularizadas pelo aresto impugnado, que reconheceu que a situação ultrapassou o mero aborrecimento da autora. Revisar tais conclusões demandaria reexame do conjunto probatório, o que é vedado em recurso especial, conforme a Súmula n. 7 do STJ.

Ademais, o acórdão recorrido arbitrou o valor de indenização com base em vários critérios, como a repercussão dos danos, o comportamento dos envolvidos, o perfil das partes envolvidas, bem como o caráter disciplinar da indenização.

Anote-se, nesse particular, que o valor fixado pela instância ordinária a título de indenização por danos morais somente é passível de revisão se for irrisório ou exorbitante, distanciando-se da devida prestação jurisdicional no caso concreto.

Assim, uma vez não demonstrada a excepcionalidade capaz de ensejar revisão pelo STJ, o conhecimento do recurso especial implicaria reexame de questões fático-probatórias presentes nos autos, o que é inviável em razão do óbice da Súmula n. 7 desta Corte.

III - Conclusão

Ante o exposto, **nego provimento ao agravo em recurso especial.**

Nos termos do § 11 do art. 85 do CPC, majoro, em 10% sobre o valor já arbitrado nas instâncias de origem, os honorários advocatícios em desfavor da

parte ora recorrente, observados, se aplicáveis, os limites percentuais previstos no § 2º do referido artigo e ressalvada eventual concessão de gratuidade de justiça.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AREsp 2.754.425 / MT
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0357805-6

Número de Origem:
10288891120188110041

Sessão Virtual de 14/04/2026 a 22/04/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : JOAQUIM FELIPE SPADONI - MT006197

JORGE LUIZ MIRAGLIA JAUDY - MT0067350

AGRAVADO : LOURDES VELOSO DE BARROS

ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 14/04/2026 a 22/04/2026, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 22 de abril de 2026