



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2777463 - SP (2024/0399959-6)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : EDUARDO MONTENEGRO DOTTA - SP155456
DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA - SP272633
AGRAVADO : H A A (MENOR)
REPR. POR : C A DE A
ADVOGADOS : FELIPE LÁO - SP394817
JOÃO PEDRO ROZON - SP413984

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME GENÉTICO. ROL DA ANS. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAME DE SEQUENCIAMENTO DE EXOMA COMPLETO. RECUSA INDEVIDA. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR RAZOÁVEL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, uniformizou o entendimento de ser o rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios.

2. "A Diretriz de Utilização (DUT) deve ser entendida apenas como elemento organizador da prestação farmacêutica, de insumos e de procedimentos no âmbito da Saúde Suplementar, não podendo a sua função restritiva inibir técnicas diagnósticas essenciais ou alternativas terapêuticas ao paciente, sobretudo quando já tiverem sido esgotados tratamentos convencionais e existir comprovação da eficácia da terapia à luz da medicina baseada em evidências" (REsp 2.037.616/SP, Relator para acórdão Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/4/2024, DJe de 8/5/2024).

3. No caso, considerando os parâmetros fixados pela Segunda Seção nos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, mostra-se devida a cobertura do exame, mormente considerando que o relatório do médico assistente indicou a existência de doença atual e a existência de dúvidas acerca do diagnóstico definitivo mesmo após a realização de outros exames convencionais.

4. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura, por parte da operadora do plano de saúde, para o tratamento do segurado, causando-lhe abalo emocional, esta Corte Superior admite a caracterização de dano moral, não se tratando de mero aborrecimento. Precedentes.

5. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente pode ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da recusa em autorizar o exame médico objeto da lide.

6. Agravo interno desprovido.

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 17/06/2025 a 23/06/2025, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros João Otávio de Noronha, Maria Isabel Gallotti e Antonio Carlos Ferreira votaram com o Sr. Ministro Relator.

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

Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 26 de junho de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2777463 - SP (2024/0399959-6)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : EDUARDO MONTENEGRO DOTTA - SP155456
DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA - SP272633
AGRAVADO : H A A (MENOR)
REPR. POR : C A DE A
ADVOGADOS : FELIPE LÁO - SP394817
JOÃO PEDRO ROZON - SP413984

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME GENÉTICO. ROL DA ANS. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAME DE SEQUENCIAMENTO DE EXOMA COMPLETO. RECUSA INDEVIDA. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR RAZOÁVEL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, uniformizou o entendimento de ser o rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios.

2. "A Diretriz de Utilização (DUT) deve ser entendida apenas como elemento organizador da prestação farmacêutica, de insumos e de procedimentos no âmbito da Saúde Suplementar, não podendo a sua função restritiva inibir técnicas diagnósticas essenciais ou alternativas terapêuticas ao paciente, sobretudo quando já tiverem sido esgotados tratamentos convencionais e existir comprovação da eficácia da terapia à luz da medicina baseada em evidências" (REsp 2.037.616/SP, Relator para acórdão Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/4/2024, DJe de 8/5/2024).

3. No caso, considerando os parâmetros fixados pela Segunda Seção nos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, mostra-se devida a cobertura do exame, mormente considerando que o relatório do médico assistente indicou a existência de doença atual e a existência de dúvidas acerca do diagnóstico definitivo mesmo após a realização de outros exames convencionais.

4. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura, por parte da operadora do plano de saúde, para o tratamento do segurado, causando-lhe abalo emocional, esta Corte Superior admite a caracterização de dano moral, não se tratando de mero aborrecimento. Precedentes.

5. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente pode ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da recusa em autorizar o exame médico objeto da lide.

6. Agravo interno desprovido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo interno interposto por NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A contra a decisão de fls. 736/742, que conheceu do agravo para negar provimento ao recurso especial.

Em suas razões recursais, a parte agravante repisa as alegações expendidas no recurso especial, defendendo a inexistência da obrigatoriedade legal ou contratual de custeio, pelo plano de saúde, do exame em apreço, notadamente por não constar no rol da ANS, que é taxativo.

Requer, ao final, a reconsideração da decisão agravada ou sua reforma pela Turma Julgadora.

Não foi apresentada impugnação (e-STJ, fl. 760).

É o relatório.

VOTO

As razões recursais são insuficientes para reformar a decisão monocrática agravada, a qual deve ser confirmada.

Conforme consignado na decisão agravada, cinge-se a pretensão recursal à verificação do dever de cobertura de exame de sequenciamento genético, solicitado pelo médico assistente necessário para definir diagnóstico conclusivo da doença que acomete o beneficiário.

Quanto à questão de fundo, o Tribunal de origem manifestou-se nos seguintes termos (e-STJ, fl. 547):

"Na espécie foi incontroversa a identificação da moléstia genética [Transtorno do espectro autista CID 10: F84], cujo diagnóstico foi feito pelo responsável pela avaliação do paciente [relatório de págs. 37/38 e 40], tarefa de atribuição precípua do médico assistente, recomendando o seu tratamento multidisciplinar, mediante a utilização do método ABA [applied behavior analysis - análise do comportamento aplicada], com diversas (i) hidroterapia, (ii) fonoaudiologia, (iii) terapia ocupacional com integração sensorial, (iv) psicologia e (v) acompanhamento terapêutico individual integral em estabelecimento escolar, por consequência legitimando, em regra, a execução dos procedimentos indicados, enquanto ínsitos à tentativa de recuperação da enfermidade e de evolução do quadro clínico, elementos da essência do próprio contrato, em última análise destinado à preservação da vida e da saúde humana, valores supremos e bens maiores de toda a ordem jurídica.

Isso porque houve a ampliação do conteúdo do rol de procedimentos e eventos em saúde no âmbito da saúde suplementar da Agência Nacional de Saúde [ANS], dado a superveniência da Resolução Normativa 539/2022, com vigência a partir de 01.07.22, estabelecendo a previsão de cobertura obrigatória para "procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista", determinando que "a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente" Donde o direito à cobertura e o dever de assistência pela operadora ré, nos termos do relatório médico, sendo vedada a limitação de sessões ou substituição de métodos recomendados, inclusive do exame de sequenciamento de gene (MECP2), ínsito ao próprio tratamento prescrito, com exceção para exclusão, apenas e tão somente, em relação à indicação médica de acompanhamento terapêutico, uma vez que o custeio deste profissional extrapola os limites contratuais, tratando-se de acompanhamento de natureza educacional, não integrando o escopo do contrato de plano de saúde." (sem grifo no original).

A título ilustrativo, transcrevo trecho da sentença confirmada pelo eg. Tribunal de origem:

"Com relação ao exame de sequenciamento do Gene (MECP2), a alegação da ré de que a autora não se enquadra na diretriz de utilização não prospera e não afasta sua obrigação de providenciar o exame necessário, porquanto prescrito por profissional médico (fls. 41), o qual atestou a imprescindibilidade ao adequado tratamento.

Assim, patente a abusividade da recusa da requerida em disponibilizar o exame à autora.

Ademais, em análise aos autos, observa-se que os fatos alegados pela autora, na exordial, encontram correspondência com as provas coligidas, haja vista que restou comprovada a relação jurídica entre as partes, a necessidade do tratamento multidisciplinar e sua imprescindibilidade, cuja ausência ou postergação implica o atraso do desenvolvimento e retrocesso nos ganhos saúde da menor, causando-lhe danos irreversíveis e irreparáveis.

Portanto, tem-se que se trata de medida indispensável à preservação de sua incolumidade, dignidade, saúde e qualidade de vida, cuja negativa implica, certamente, em inegável restrição de direitos fundamentais.

Desse modo, cumpre à ré o fornecimento do tratamento à autora, nas especialidades indicadas, incluindo os exames necessários, vez que prescritos por profissionais habilitados, nos moldes dos documentos de fls. 38/41, haja vista que, em conjunto com os demais tratamentos multidisciplinares, são comprovadamente necessários, pois os tratamentos indicados possibilitam adquirir maior independência e melhorar a qualidade de vida, restando, assim, indispensáveis para assegurar a saúde da menor.

Ademais, não se justifica a negativa da ré, pautada na alegação de que o tratamento não consta do rol de procedimentos obrigatórios da ANS, tampouco na apólice contratada, pois, conforme entendimento sumulado pelo Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (Súmula 102), "Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS".

Destaque-se que cabe ao profissional da área a indicação do tratamento adequado ao seu paciente, não se admitindo interferência do convênio para este fim, sob pena de violar o próprio objeto contratado, qual seja, a proteção da vida e da saúde do segurado.

Desse modo, aplicável, ainda, ao caso em tela, a Súmula 95: "Havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura do custeio ou fornecimento de medicamentos associados a tratamento quimioterápico", aplicável ao caso por analogia." (e-STJ, fls. 446/447)

Sobre o rol da ANS, a Segunda Seção do STJ, por ocasião do julgamento dos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgados em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022), fixou as seguintes premissas, que devem orientar a análise da controvérsia acerca da cobertura de tratamentos médicos pelos planos de saúde:

- 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 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.

Logo em seguida foi editada a Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022, que dispôs sobre a alteração da Lei 9.656/98 para prever a possibilidade de cobertura de tratamentos não contemplados pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, prevendo que o referido rol constitui apenas referência básica para os planos de saúde e que a cobertura de tratamentos que não estejam previstos no rol deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde quando cumprir pelo menos uma das condicionantes previstas na lei. Confira-se, a propósito, a nova redação da Lei 9.656/98, *in verbis*:

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...) § 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais."

Nesse cenário, conclui-se que tanto a nova redação da Lei dos Planos de Saúde quanto a jurisprudência do STJ admitem a cobertura de procedimentos ou medicamentos não previstos no rol da ANS, desde que amparada em critérios técnicos, devendo a necessidade ser analisada caso a caso.

Com efeito, verifica-se que consta das diretrizes de utilização atualmente vigentes no Anexo II da RN-ANS n. 465/2021 (disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir> 1/Anexo_II_DUT_2021_RN_4_65.2021_tea.

br_RN473_RN477_RN478_RN480_RN513_RN536_RN537_RN538_RN539_RN540_RN541_R.pdf), que institui a obrigatoriedade de cobertura de exames de sequenciamento genético para o diagnóstico de condições genéticas contempladas ou não nas Diretrizes de Utilização, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos da doença atual e permanecerem dúvidas acerca do diagnóstico definitivo após a realização de exames convencionais, bem como para possível

diagnóstico de todos os tipos de Atrofia Muscular Espinhal. Leia-se a transcrição do referido documento:

"110. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA; PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION); INSTABILIDADE DE MICROSSATÉLITES (MSI), DETECÇÃO POR PCR, BLOCO DE PARAFINA 1. Cobertura obrigatória quando for solicitado pelo médico assistente (neurologista, oncologista clínico, hematologista ou geneticista) e puder ser realizado em território nacional e for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
a. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas contempladas nos subitens desta Diretriz de Utilização, quando seguidos os parâmetros definidos em cada subitem para as patologias ou síndromes listadas.
b. na assistência/tratamento/aconselhamento das condições genéticas não contempladas nas Diretrizes dos sub-itens desta Diretriz de Utilização, quando o paciente apresentar sinais clínicos indicativos da doença atual ou história familiar e permanecerem dúvidas acerca do diagnóstico definitivo após a anamnese, o exame físico, a análise de heredograma e exames diagnósticos convencionais."

Nesse contexto, em que pesem as alegações da recorrente, era mesmo de rigor a cobertura dos procedimentos, seja porque necessária ao efetivo diagnóstico do beneficiário, ou porque expressamente prevista no rol de procedimentos da ANS a necessidade de cobertura obrigatória de sequenciamento genético para diagnóstico de condições genéticas não contempladas nas diretrizes de utilização da ANS que não tenham sido diagnosticadas por exames tradicionais.

No que tange aos danos morais, a jurisprudência desta Corte se firmou no sentido de que *"a recusa indevida/injustificada, pela operadora de saúde, em autorizar a cobertura financeira para tratamento médico de urgência enseja reparação a título de danos morais, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia do beneficiário"* (AgInt no AREsp 1.816.359/MA, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 20/3/2023, DJe de 24/3/2023).

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. ALEGAÇÕES GENÉRICAS. SÚMULA 284/STF. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. LIMITAÇÃO DE COBERTURA. RECUSA INJUSTIFICADA. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E ANGÚSTIA DO BENEFICIÁRIO. CIRCUNSTÂNCIAS DELIMITADAS NO JULGADO ESTADUAL. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO. ACÓRDÃO ESTADUAL EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. É deficiente a fundamentação do recurso especial em que a alegação de violação aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015 se faz de forma genérica, sem a demonstração exata dos pontos pelos quais o acórdão tornou-se omisso, contraditório ou obscuro. Aplica-se, na hipótese, o óbice da Súmula 284/STF.

2. Conforme a jurisprudência desta Corte, afigura-se abusiva a negativa, pelo plano de saúde, de fornecimento dos serviços de assistência médica nas situações de urgência ou emergência com base na cláusula de carência, caracterizando a indevida recusa de cobertura.

3. Outrossim, a recusa injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar tratamento médico emergencial enseja reparação a título de danos morais, porque agrava a situação de sofrimento psíquico do usuário, já abalado ante o estado debilitado da sua saúde.

4. Estando o acórdão recorrido em consonância com a jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, tem incidência a Súmula n. 83/STJ, aplicável por ambas as alíneas autorizadoras.

5. O mero não conhecimento ou a improcedência do agravo interno não enseja a necessária imposição da multa prevista no art. 1.021, § 4º, do CPC/2015, tornando-se imperioso para tal que seja nítido o descabimento do recurso, o que não se verifica no caso concreto.

6. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AgInt no AREsp n. 2.174.617/CE, relator Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**, Terceira Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 16/2/2023)

Dessa forma, o acórdão recorrido julgou em conformidade com o entendimento desta Corte, motivo pelo qual incide a Súmula 83/STJ.

Por fim, quanto ao valor da indenização, esta Corte Superior entende que, apenas em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado na origem, será possível afastar o óbice da Súmula 7/STJ. No caso, mostra-se proporcional o *quantum* fixado pela instância ordinária, a título de danos morais, correspondente a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), não havendo que se falar em condenação exorbitante em relação à extensão dos danos sofridos pela parte recorrida.

Nessa mesma linha de intelecção:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO ARTIGO 1.022 DO CPC/2015. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAME DE SEQUENCIAMENTO DE EXOMA COMPLETO. RECUSA INDEVIDA. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR RAZOÁVEL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não se verifica a alegada violação do art. 1.022 do CPC/2015, na medida em que a eg. Corte Estadual dirimiu, fundamentadamente, as questões que lhe foram submetidas.

2. "A Segunda Seção desta Corte, no julgamento dos EREsp n.º 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgado aos 8/6/2022, reafirmou o dever da operadora do plano de saúde em custear, de forma ilimitada, as sessões de tratamento para os beneficiários com diagnóstico de 'Transtorno do Espectro Autista' (AgInt no AgInt no AREsp 1.696.364/SP, Relator Ministro MOURA RIBEIRO, Terceira Turma, julgado em 29/8/2022, DJe de 31/8/2022).

3. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura, por parte da operadora do plano de saúde, para o tratamento do segurado, causando-lhe abalo emocional, esta Corte Superior admite a caracterização de dano moral, não se tratando de mero aborrecimento.

Precedentes.

4. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente pode ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da "recusa em autorizar o exame médico objeto da lide, em paciente, criança com 02 (dois) anos de idade, portadora de autismo" (e-STJ, fl. 540).

5. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 1.970.665/RJ, relator Ministro **Raul Araújo**, Quarta Turma, julgado em 17/4/2023, DJe de 3/5/2023, g.n.)

Ante o exposto, nega-se provimento ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AgInt no AREsp 2.777.463 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0399959-6

Número de Origem:

00194621420228260602

10431770520218260602

194621420228260602

19462142022826060210431770520218260602 20240000243260

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

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.

ADVOGADOS : EDUARDO MONTENEGRO DOTTA - SP155456

DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA - SP272633

AGRAVADO : H A A (MENOR)

REPR. POR : C A DE A

ADVOGADOS : FELIPE LÁO - SP394817

JOÃO PEDRO ROZON - SP413984

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.

ADVOGADOS : EDUARDO MONTENEGRO DOTTA - SP155456

DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA - SP272633

AGRAVADO : H A A (MENOR)

REPR. POR : C A DE A

ADVOGADOS : FELIPE LÁO - SP394817

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 17/06/2025 a 23/06/2025, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros João Otávio de Noronha, Maria Isabel Gallotti e Antonio Carlos Ferreira votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha. Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 23 de junho de 2025