



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2812685 - SP (2024/0467597-5)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
ALESSANDRA MARIANO CHERUTTI DE CASTRO - SP418022
FABIANA DE SOUZA FERNANDES - SP185470
AGRAVADO : MAURO AMADEO BALDINI
ADVOGADOS : MARIANA ZITELLI BENASSI - SP287179
PAULO ROBERTO BENASSI - SP070177

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MIGRAÇÃO PARA CATEGORIA SUPERIOR. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. DANOS MORAIS. RECURSO DESPROVIDO.

1. O Tribunal de origem reconheceu a portabilidade das carências já cumpridas pelo beneficiário, afastando a exigência de novas carências ou CPT para procedimento já coberto no plano de origem, com base na Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS e no Código de Defesa do Consumidor.
2. A negativa de cobertura foi considerada abusiva, violando o direito básico do consumidor à informação adequada e clara, previsto no art. 6º, III, do CDC, uma vez que o beneficiário foi informado de que a migração não implicaria novas carências.
3. A condenação por danos morais foi mantida, considerando o agravamento da situação psicológica do beneficiário, que já se encontrava com a saúde debilitada, em conformidade com a jurisprudência do STJ.
4. O valor fixado a título de danos morais foi considerado proporcional e razoável, observando os critérios de razoabilidade e proporcionalidade, não se justificando sua redução.
5. A alegação de violação ao art. 85, § 2º, do CPC/2015 foi prejudicada, pois a Corte local já havia fixado os honorários advocatícios sobre o valor da condenação em decisão posterior.
6. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

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 25/11/2025 a 01/12/2025, por unanimidade, conhecer do recurso mas lhe negar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

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

Brasília, 04 de dezembro de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2812685 - SP (2024/0467597-5)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
ALESSANDRA MARIANO CHERUTTI DE CASTRO - SP418022
FABIANA DE SOUZA FERNANDES - SP185470
AGRAVADO : MAURO AMADEO BALDINI
ADVOGADOS : MARIANA ZITELLI BENASSI - SP287179
PAULO ROBERTO BENASSI - SP070177

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MIGRAÇÃO PARA CATEGORIA SUPERIOR. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. DANOS MORAIS. RECURSO DESPROVIDO.

1. O Tribunal de origem reconheceu a portabilidade das carências já cumpridas pelo beneficiário, afastando a exigência de novas carências ou CPT para procedimento já coberto no plano de origem, com base na Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS e no Código de Defesa do Consumidor.
2. A negativa de cobertura foi considerada abusiva, violando o direito básico do consumidor à informação adequada e clara, previsto no art. 6º, III, do CDC, uma vez que o beneficiário foi informado de que a migração não implicaria novas carências.
3. A condenação por danos morais foi mantida, considerando o agravamento da situação psicológica do beneficiário, que já se encontrava com a saúde debilitada, em conformidade com a jurisprudência do STJ.
4. O valor fixado a título de danos morais foi considerado proporcional e razoável, observando os critérios de razoabilidade e proporcionalidade, não se justificando sua redução.

5. A alegação de violação ao art. 85, § 2º, do CPC/2015 foi prejudicada, pois a Corte local já havia fixado os honorários advocatícios sobre o valor da condenação em decisão posterior.

6. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

RELATÓRIO

Trata-se de Agravo em Recurso Especial interposto contra decisão que inadmitiu recurso especial. Segundo a parte agravante, 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 agravada afirmou a inexistência de requisitos ou elementos aptos a promover a alteração do julgado impugnado.

Síntese fática

Extraí-se dos autos que, na origem, o autor, beneficiário de plano de saúde da ré desde 2017, alegou ter migrado, em março de 2021, do plano “Advance 600” para o “Premium 900 Care” sem necessidade de novas carências, apesar de doença preexistente (glaucoma) informada em declaração de saúde. Relatou negativa de cobertura e de reembolso para cirurgia antiglaucomatosa agendada para 28/06/2021, sob justificativa de carência, e propôs ação ordinária de obrigação de fazer com pedido liminar para autorizar internação e reembolso, além de indenização por danos morais e materiais.

A sentença julgou improcedentes os pedidos. Reconheceu a validade da cobertura parcial temporária (CPT) por 24 meses para doença preexistente, com fundamento na Lei 9.656/98 (“art. 11”), concluiu não caracterizada situação de urgência/emergência a afastar a CPT, e consignou que a cirurgia estava excluída da cobertura durante o período contratual de restrição. Condenou o autor ao pagamento das custas e despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da causa (e-STJ, fls. 220-225).

Em grau de apelação, o acórdão deu parcial provimento ao recurso. Reconheceu a portabilidade das carências já cumpridas em contrato anterior com a mesma operadora, afastou a exigência de novas carências ou de CPT quanto ao procedimento já coberto no plano de origem, condenou a ré a custear a cirurgia prescrita ou, se já realizada, a reembolsar as despesas comprovadas, excetuando os honorários médicos por se tratar de equipe não credenciada, e fixou indenização por danos morais em R\$ 5.000,00, com inversão da sucumbência e honorários de 10% sobre o valor da causa (e-STJ, fls. 352-361).

Do recurso interposto

Em seu recurso especial (e-STJ, fls. 364-384), a parte recorrente alega, além de dissídio jurisprudencial, violação dos seguintes dispositivos de lei federal, com as respectivas teses:

(I) Art. 11 da Lei 9.656/98: “É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes [...] após vinte e quatro meses de vigência [...] cabendo à respectiva operadora o

ônus da prova [...]” — teria havido negativa de vigência ao regime de cobertura parcial temporária (CPT), porque o acórdão afastaria a aplicação da CPT em caso de doença preexistente após migração/upgrade, tratando situação que seria de novo contrato sem portabilidade válida;

(II) Art. 35-C da Lei 9.656/98: “É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I – de emergência [...] II – de urgência [...]” — teria ocorrido interpretação ampliativa indevida, pois o procedimento seria eletivo e não se enquadraria em urgência/emergência, de modo que o acórdão imporia cobertura durante carência, contrariando o regime legal de exceção;

(III) Arts. 186, 927 e 188 do Código Civil: “Art. 186. Aquele que [...] violar direito e causar dano a outrem [...] comete ato ilícito.”; “Art. 927. Aquele que, por ato ilícito [...] causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.”; “Art. 188. Não constituem atos ilícitos: I - [...] exercício regular de um direito [...]” — não haveria ato ilícito porque a negativa se fundamentaria em carência contratual, caracterizando exercício regular de direito, de modo que a condenação em danos morais teria violado esses dispositivos.

(IV) Art. 944 do Código Civil: “A indenização mede-se pela extensão do dano.”; “Parágrafo único. Se houver excessiva desproporção entre a gravidade da culpa e o dano, poderá o juiz reduzir, equitativamente, a indenização.” — subsidiariamente, o valor fixado por danos morais seria desproporcional e deveria ter sido reduzido, pois não se demonstraria dano relevante ou culpa grave.

(V) Art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil: “Os honorários serão fixados entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, do proveito econômico obtido ou [...] sobre o valor atualizado da causa.” — teria havido violação porque, em havendo condenação líquida, os honorários deveriam incidir sobre o valor da condenação, e não sobre o valor da causa.

Sem contrarrazões (e-STJ, fl. 514).

Em juízo prévio de admissibilidade, o eg. TJSP inadmitiu o apelo nobre (e-STJ, fls. 530-532), dando ensejo ao recurso de agravo (e-STJ, fls. 537-552). Posteriormente foi proferido novo acórdão para reexame de matéria repetitiva (relativa à base de cálculos dos honorários advocatícios), fixando a verba honorária em 10% (dez por cento) do valor da condenação (fls. 594-600).

Realizado novo juízo de inadmissibilidade, que julgou prejudicado o recurso especial no tocante à matéria retratada e, quanto ao mais, inadmitiu o recurso (fls. 603-604). Contra referida decisão foi interposto o presente agravo (fls. 607-620).

Contraminuta às fls. 623-632.

Este é o relatório.

VOTO

Trata-se de recurso especial de NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A., interposto com fulcro nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra decisão do eg. Tribunal de Justiça de São Paulo, prolatada em acórdão com a seguinte ementa (e-STJ, fls. 352-361):

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. MIGRAÇÃO PARA CATEGORIA SUPERIOR. DOENÇA PREEXISTENTE. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA. PORTABILIDADE. Negativa de cobertura de cirurgia oftalmológica sob o argumento de que, ao mudar para plano de categoria superior, incide a cobertura parcial temporária. Sentença de improcedência. Inconformismo. Acolhimento em parte. Autor era beneficiário de plano de saúde mantido pela ré e realizou a migração para outro de categoria superior. Informação repassada ao consumidor de que não haveria a necessidade de cumprimento de novas carências. Portabilidade de carências devida, visto que cumpridas em contrato firmado anteriormente com a mesma operadora. Mudança contratual que não implica em nova relação jurídica, sendo descabido se falar em cobertura parcial temporária não cumprida, especialmente porque o procedimento cirúrgico negado já possuía cobertura no plano de origem. Danos morais. Sofrimento evidente diante da gravidade do quadro clínico do paciente. Indenização devida e fixada no valor de R\$ 5.000,00. Sentença reformada. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

Inicialmente, a recorrente alegou ofensa ao art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil, pois, em havendo condenação líquida, os honorários deveriam incidir sobre o valor da condenação, e não sobre o valor da causa.

Considerando que a questão foi reapreciada na decisão proferida às fls. 594-600, para exame de matéria repetitiva, tendo a Corte local fixado a verba honorária sobre o valor da condenação, prejudicado o recurso no ponto.

A recorrente alegou violação ao art. 11 da Lei 9.656/98, em razão de negativa de vigência ao regime de cobertura parcial temporária (CPT), porque o acórdão afastaria a aplicação da CPT em caso de doença preexistente após migração/*upgrade*, tratando situação que seria de novo contrato sem portabilidade válida. Referiu também ofensa ao art. 35-C da Lei 9.656/98, pois teria ocorrido interpretação ampliativa indevida, já que o procedimento seria eletivo e não se enquadraria em urgência/emergência, de modo que o acórdão importaria cobertura durante carência, contrariando o regime legal de exceção.

Ao apreciar a questão que lhe foi posta, o Tribunal Estadual fundamentou sua decisão nos seguintes termos (fls. 352-361):

Narra a exordial que o autor é beneficiário de plano de saúde disponibilizado pela requerida desde 2017, sendo que em abril de 2019 foi desligado da empresa na qual prestava serviços, de forma que fez a portabilidade do plano coletivo para pessoa física através da corretora Corpore. Esclarece que o plano contratado era exatamente o mesmo oferecido pela sua antiga empregadora “Advanced 600”. Refere que em março de 2021 requereu à mesma corretora o “upgrade” de seu plano para o “Premium 900 Care (com amb + hosp. obstetrícia + apartamento premium)”, desde que não tivesse que cumprir novos prazos de carência, visto que já que vinha realizando acompanhamento de seu quadro de glaucoma desde 2020 e possivelmente teria que ser submetido a procedimento cirúrgico, o que lhe foi garantido pelo corretor. Todavia, quando a cirurgia foi agendada e apresentados os exames e o pedido de internação, a operadora negou a cobertura sob o fundamento de que não havia cumprido o

prazo de carência previsto no contrato. Em vista disso, ajuizou a presente demanda com o objetivo de compelir a ré a autorizar o procedimento cirúrgico prescrito por seu médico, bem como a reembolsar as despesas e a pagar indenização por danos morais.

A requerida, por sua vez, alega que sua conduta é lícita, visto que a migração para plano superior implica em cumprimento de novos prazos de carência e que o beneficiário não solicitou a portabilidade ou apresentou a documentação necessária para tal. Também impugna o pedido de danos morais.

(...)

Não há dúvida de que a relação entre as partes é de consumo, aplicando-se ao caso não só a Lei nº 9.656/98, mas também o Código de Defesa do Consumidor, nos moldes dos enunciados da Súmula nº 100 deste E. Tribunal de Justiça e nº 608, do C. Superior Tribunal de Justiça. Há de se convir, portanto, que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte hipossuficiente, visando o estabelecimento do equilíbrio contratual.

(...)

O art. 3º da Resolução Normativa nº 438/2018 da ANS define os requisitos necessários para a portabilidade de carências:

(...)

Nesse contexto, verifica-se que o autor preencheu todos os requisitos, exceto o item V, visto que migrou para plano de categoria superior, com preço mais elevado.

O art. 7º da mencionada resolução, por sua vez, estabelece que “O plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem”.

Assim, ao migrar para plano com coberturas não previstas no atual, como é a hipótese dos autos, o beneficiário poderia ter de cumprir carência para as novas coberturas, conforme orientação da ANS.

Ocorre que o procedimento cirúrgico prescrito ao autor já possuía cobertura pelo plano anterior, o que não foi impugnado pela operadora-ré. Vale dizer: não se trata de cobertura não prevista no contrato de origem.

Desse modo, ainda que a migração atual seja para plano de saúde com coberturas adicionais, não previstas no contrato anterior, não se afigura razoável exigir do beneficiário novas carências ou o cumprimento de cobertura parcial temporária, visto que se trata de contrato sucessivo e ininterrupto e já cumpridos os prazos antes mesmo da migração.

De se observar, ainda, que o art. 21 é expresso ao dispor que “No exercício do direito à portabilidade de carências não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)”.

Nem se alegue que o parágrafo único do art. 21 da Resolução Normativa nº 438/2018 autoriza a incidência da cobertura parcial temporária, haja vista que somente as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem é que estão sujeitas à alegação de doenças ou lesões preexistentes.

E não se pode olvidar que restou demonstrado de forma inequívoca a informação passada ao apelante no sentido de que a migração não implicaria no cumprimento de novas carências (fls. 54).

Evidente, portanto, a violação ao direito básico do consumidor “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”, previsto no art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor.

(...)

Diante disso, respeitado o entendimento da Ilustre Magistrada singular, inegável o dever da operadora-ré em autorizar e custear o procedimento cirúrgico prescrito ao autor-apelante (fls. 57), com exceção dos honorários médicos, visto que a equipe não pertence à rede credenciada (fl. 201).

Conforme referido pela Corte local, a parte autora é beneficiária de plano de saúde da recorrente desde 2017. Em março de 2021, a parte autora migrou para plano de categoria superior, após lhe ser informado que não necessitaria cumprir novas carências, tendo em vista que realizava acompanhamento de seu quadro de glaucoma desde 2020 e possivelmente teria que ser submetido a procedimento cirúrgico, o que lhe foi garantido pelo corretor que comercializou o plano de saúde.

O Tribunal Estadual entendeu ser aplicável ao caso o Código de Defesa do Consumidor. Afirmou que ficou demonstrada de forma inequívoca a informação passada ao apelante/recorrido no sentido de que a migração não implicaria o cumprimento de novas carências (fl. 54). Referiu ter sido caracterizada violação a direito básico do consumidor, “a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”, previsto no art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor.

Não bastasse, realizou cotejo de dispositivos da Resolução Normativa nº 438/2018, notadamente seus artigos 3º, 7º e 21, para entender pela possibilidade de portabilidade das carências já cumpridas pelo beneficiário em plano de saúde de categoria diferente.

Desse modo, a parte recorrente não infirmou todas as razões do *decisum*, capazes de justificar, por si sós, a linha de decisão adotada, notadamente a violação ao dever de informação, direito básico do consumidor. Vale dizer, a parte recorrente deixou de atacar especificamente todos os fundamentos que poderiam sustentar a decisão adotada pela Corte de origem, que foi fundamentada em princípios do direito do consumidor.

Nesse sentido, cumpre repisar o óbice constante da Súmula 283 do STF, aplicável por analogia ao caso, que alude acerca da inadmissibilidade de recurso que não abrange todos os argumentos em que se assenta a decisão recorrida. Vejamos (grifei):

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL- EMBARGOS DE TERCEIRO DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DO EMBARGANTE.

[...]

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

5. É inadmissível o recurso especial que não impugna fundamento do acórdão recorrido apto, por si só, a manter a conclusão a que chegou a Corte Estadual (enunciado 283 da Súmula do STF).

6. Agravo interno desprovido."

(AgInt no REsp n. 2.138.354/RJ, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 18/8/2025, DJEN de 22/8/2025.) *Grifei*

Não bastasse, é oportuno tecer breves considerações acerca da situação em exame.

O direito à informação é fundamental no sistema de consumo. E o princípio da informação biparte-se em núcleo normativo dúplice: direito de ser informado e dever de informar. No caso, a parte autora não foi adequadamente informada quando realizou *upgrade* de seu plano de

saúde, dado que se ciência tivesse acerca das carências exigidas, possivelmente não faria a migração, ou ao menos não naquele momento, já que estava em tratamento de glaucoma e o plano em que se encontrava já oferecia cobertura para o tratamento ora requerido. De outra quadra, o dever de informar não foi adequadamente cumprido, uma vez que transmitida informação que não correspondia à realidade e que foi decisiva para a contratação.

Não se pode perder de vista que, nos contratos que regulam as relações de consumo, o consumidor somente se vincula às disposições nele inseridas se lhe for dada a oportunidade de conhecimento prévio do seu conteúdo (CDC, art. 46), notadamente em relação às cláusulas que impõem restrição de direitos.

Desse modo, não há razão para alterar o quanto decidido pela Corte local.

A recorrente alegou violação aos arts. 186, 927 e 188 do Código Civil, pois não haveria ato ilícito porque a negativa se fundamentaria em carência contratual, caracterizando exercício regular de direito, de modo que a condenação em danos morais teria violado esses dispositivos. Ainda, violado o art. 944 do Código Civil, pois o valor fixado por danos morais seria desproporcional e deveria ter sido reduzido, pois não se demonstraria dano relevante ou culpa grave.

Ao analisar a questão dos danos morais, a Corte Estadual assim fundamentou sua decisão (fls. 360-361):

No que tange aos danos morais, conquanto a discussão envolvendo interpretação de disposição contratual, em regra, não seja causa para ocorrência de danos morais, é inegável que, no caso dos autos, a injusta recusa de cobertura agravou a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do recorrente, o qual, ao pedir a autorização da operadora, já se encontrava com a saúde debilitada.

É evidente, portanto, que a postura da apelada, que negou cobertura em desacordo com o que determina a lei, não pode ser aceita e deve ser penalizada. Trata-se, ademais, de conduta abusiva e lesiva ao consumidor que, evidentemente, deve ser punida.

Desse modo, reconhecido o dever indenizatório, passa-se à análise do quantum devido.

Como se sabe, o critério para a fixação do valor da indenização deve observar os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, pois se por um lado a indenização destina-se a compensar o abalo moral decorrente do ato ilícito, por outro não pode servir de fonte de enriquecimento indevido.

Vale dizer: a indenização não deve ser tal que traduza enriquecimento sem causa e nem tão ínfima que represente, por via reflexa, despreocupação com eventual reincidência na prática.

Desse modo, na fixação da indenização correspondente devem ser considerados diversos elementos, tais como a natureza do dano, a capacidade econômica das partes envolvidas e, ainda, o caráter pedagógico da penalidade, para evitar novas condutas desviantes.

Diante de tais considerações, razoável a fixação da indenização no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), valor adequado para reparar o dano moral sofrido pelo autor e suficiente para punir a ré.

As duas Turmas de Direito Privado do STJ entendem que a negativa administrativa ilegítima de cobertura para procedimento médico por parte da operadora de saúde só enseja danos morais na hipótese de agravamento da condição de dor, abalo psicológico e demais prejuízos à

saúde já fragilizada do paciente. Nesse sentido: AgInt no REsp 2.058.088/SP, Terceira Turma, DJe de 24/5/2023; e AgInt no REsp 1.979.613/SP, Quarta Turma, DJe de 1º/9/2023.

Na hipótese, verifica-se que o Tribunal de origem condenou a recorrente ao pagamento de compensação por danos morais examinando as circunstâncias específicas da hipótese quanto à experimentação de agravamento da situação psicológica da parte, não merecendo reforma o acórdão, portanto, neste ponto.

No tocante ao *quantum* indenizatório, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça estabelece que a modificação do valor fixado pelas instâncias ordinárias, a título de compensação por danos morais, apenas se admite nas hipóteses em que o montante se mostre manifestamente ínfimo ou exorbitante.

À luz do art. 944 do Código Civil, cumpre assinalar que a indenização deve ser proporcional à extensão do dano. Acresça-se que, embora a matéria encerre elevado grau de subjetividade, a definição do *quantum* indenizatório deveria observar critérios de razoabilidade e proporcionalidade, compatíveis com a censurabilidade da conduta ilícita, a intensidade e a duração do sofrimento da vítima, a capacidade econômica do agente e as condições sociais do ofendido.

Assim, tem-se adotado o método bifásico de fixação, já que, "*como parâmetro para a aferição da indenização por danos morais, atende às exigências de um arbitramento equitativo, pois, além de minimizar eventuais arbitrariedades, evitando a adoção de critérios unicamente subjetivos pelo julgador, afasta a tarifação do dano. Traz um ponto de equilíbrio, pois se alcançará uma razoável correspondência entre o valor da indenização e o interesse jurídico lesado, além do fato de estabelecer montante que melhor corresponda às peculiaridades do caso*" (AgInt nos EDcl no REsp 1.809.457/SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 20/2/2020, DJe de 3/3/2020).

Deve-se observar tais vetores de modo que o montante arbitrado se mantenha em harmonia com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, sem alcançar patamar tão elevado que importe enriquecimento ilícito do ofendido, nem tão diminuto que se torne inócuo ao ofensor. Nessa linha, o Tribunal de origem teria considerado adequadamente esses critérios, não se justificando a redução do valor fixado, qual seja, R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Diante dessas ponderações, verifica-se que essa quantia não se afigura exorbitante (levando-se em conta a conduta da recorrente e a aflição psicológica e de angústia no espírito da parte autora, a qual, ao pedir a autorização da operadora, já se encontrava com a saúde debilitada), tendo sido observados os postulados da proporcionalidade e da razoabilidade de acordo com as particularidades do caso vertente, o que torna inviável o recurso especial, nos termos da Súmula 7 do Superior Tribunal de Justiça.

Por fim, se na análise do recurso especial for afastada violação à lei federal, por conseguinte, fica prejudicada a análise da alegação de divergência jurisprudencial. A propósito:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO INTERNO. MANDADO DE SEGURANÇA. VIOLAÇÃO DOS ARTS. 489 E 1.022 DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. NÃO ENQUADRAMENTO NO CONCEITO DE LEI FEDERAL.

FUNDAMENTAÇÃO. DEFICIENTE. SÚMULA 284 DO STF. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL PREJUDICADO. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Inexiste a alegada violação dos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015, pois a prestação jurisdicional foi dada na medida da pretensão deduzida, conforme se depreende da análise do acórdão recorrido. O Tribunal de origem apreciou fundamentadamente a controvérsia, não padecendo o julgado de nenhum erro, omissão, contradição ou obscuridade. Observe-se, ademais, que julgamento diverso do pretendido, como na espécie, não implica ofensa aos dispositivos de lei invocados.

2. Quanto à alegada violação a dispositivos da Resolução 288/1983, registro que, consoante pacífica jurisprudência desta Corte Superior, o conceito de tratado ou lei federal, inserto no art. 105, inciso III, alínea a, da CF/1988, deve ser considerado em seu sentido estrito, sendo inadmissível o recurso especial que aponte como violado o aludido ato normativo.

3. No que diz respeito à suscitada ofensa ao art. 27 da Lei 5.194/1966, incide no caso o óbice da Súmula 284/STF uma vez que a parte agravante não demonstrou, de forma clara, direta e particularizada, como o acórdão recorrido havia violado o dispositivo de lei federal, o que atrai, por conseguinte, a aplicação do referido enunciado da Súmula do STF ("é inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia").

4. É pacífico o entendimento desta Corte Superior de que os mesmos óbices impostos à admissão do recurso pela alínea a do permissivo constitucional impedem a análise recursal pela alínea c, ficando prejudicada a apreciação do dissídio jurisprudencial referente ao mesmo dispositivo de lei federal apontado como violado ou à tese jurídica.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

*(AgInt no AREsp n. 2049353/MG, relator Ministro **Paulo Sérgio Domingues**, Primeira Turma, julgado em 27/3/2023, DJEN de 04/4/2023) Grifo nosso*

Diante do exposto, o agravo deve ser conhecido para se negar provimento ao recurso especial.

Considerando que a decisão recorrida foi publicada sob a égide do CPC/2015, que o recurso foi integralmente desprovido e que houve condenação em honorários advocatícios desde a origem no feito em que interposto o recurso, majora-se a verba honorária fixada em desfavor da parte recorrente de 10% (dez por cento) para 11% (onze por cento).

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AREsp 2.812.685 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0467597-5

Número de Origem:
10657360720218260100

Sessão Virtual de 25/11/2025 a 01/12/2025

Relator

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 : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477

FABIANA DE SOUZA FERNANDES - SP185470

ALESSANDRA MARIANO CHERUTTI DE CASTRO - SP418022

AGRAVADO : MAURO AMADEO BALDINI

ADVOGADOS : PAULO ROBERTO BENASSI - SP070177

MARIANA ZITELLI BENASSI - SP287179

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

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 25/11/2025 a 01/12/2025, por unanimidade, decidiu conhecer do recurso mas lhe negou provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Brasília, 01 de dezembro de 2025