



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2863734 - PR (2025/0051568-6)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
ADVOGADOS : CAMILA JORGE UNGARATTI RIBEIRO SUZUKI - PR061937
ARMANDO GARCIA GARCIA - PR004903
AGRAVADO : DENISE RIBEIRO
ADVOGADO : RAPHAEL STORANI MANTOVANI - SP278128

EMENTA

CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. RECUSA INDEVIDA. INVIABILIDADE DO REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7 DO STJ. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES DA TABELA DO CONTRATO. DANOS MORAIS. CARACTERIZADOS. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

1. 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 complementar 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.

2. O Tribunal de origem 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. 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.

3. A jurisprudência desta Corte Superior, à luz do disposto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, assevera que o reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo beneficiário do plano de saúde, com internação em estabelecimento não conveniado, em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada), deve ser limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde.

4. Existência de entendimento pacífico desta Corte Superior no sentido de que, nos casos em que a recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar impõe ao usuário de plano de saúde um grau de sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual, atingindo direito da personalidade, fica demonstrada a ocorrência de danos morais e caracterizado o direito à reparação. Inviabilidade de reexame da conclusão alcançada pelo Tribunal local quanto ao ponto em virtude da incidência da Súmula n. 7 do STJ.

5. Agravo conhecido. Recurso especial parcialmente conhecido e parcialmente 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 22/04/2025 a 28/04/2025, por unanimidade, conhecer parcialmente do recurso e, nessa parte, dar-lhe parcial provimento, 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, 29 de abril de 2025.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2863734 - PR (2025/0051568-6)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
ADVOGADOS : CAMILA JORGE UNGARATTI RIBEIRO SUZUKI - PR061937
ARMANDO GARCIA GARCIA - PR004903
AGRAVADO : DENISE RIBEIRO
ADVOGADO : RAPHAEL STORANI MANTOVANI - SP278128

EMENTA

CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. RECUSA INDEVIDA. INVIABILIDADE DO REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7 DO STJ. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES DA TABELA DO CONTRATO. DANOS MORAIS. CARACTERIZADOS. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

1. 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.

2. O Tribunal de origem 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. 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.

3. A jurisprudência desta Corte Superior, à luz do disposto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, assevera que o reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo beneficiário do plano de saúde, com internação em estabelecimento não conveniado, em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada), deve ser limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde.

4. Existência de entendimento pacífico desta Corte Superior no sentido de que, nos casos em que a recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar impõe ao usuário de plano de saúde um grau de sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual, atingindo direito da personalidade, fica demonstrada a ocorrência de danos morais e caracterizado o direito à reparação. Inviabilidade de reexame da conclusão alcançada pelo Tribunal local quanto ao ponto em virtude da incidência da Súmula n. 7 do STJ.

5. Agravo conhecido. Recurso especial parcialmente conhecido e parcialmente provido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por UNIMED LONDRINA (UNIMED) contra decisão que não admitiu seu apelo nobre manejado com fundamento no art. 105, III, alínea *a*, da CF contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Paraná, assim ementado:

JUÍZO DE RETRATAÇÃO. APELAÇÃO CÍVEL. "AÇÃO DE RESSARCIMENTO POR DANOS MATERIAIS e MORAIS". PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA INTRAUTERINA PARA CORREÇÃO DE MIELOMENINGOCELE FETAL. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. RECURSO DE APELAÇÃO INTERPOSTO PELA RÉ. JULGAMENTO ANTERIOR PELO DESPROVIMENTO DO RECURSO. INTERPOSIÇÃO DE RECURSO ESPECIAL. CORTE CIDADÃ QUE DEU PARCIAL PROVIMENTO AO APELO NOBRE. RETORNO DOS AUTOS À CÂMARA DE ORIGEM PARA QUE A APELAÇÃO SEJA ANALISADA CONFORME OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NOS ERESPS 1.889.704 E 1.886.929. CASO CONCRETO QUE ADMITE A MITIGAÇÃO DA TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS. DEMONSTRAÇÃO DE EFICÁCIA DO TRATAMENTO À LUZ DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. URGÊNCIA DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NAQUELE MOMENTO. DECISÃO APELADA MANTIDA EM SEDE DE JUÍZO DE RETRATAÇÃO . RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO (e-STJ, fl. 750.).

Foi apresentada contraminuta.

É o relatório.

VOTO

O agravo é espécie recursal cabível, foi interposto tempestivamente e com impugnação adequada aos fundamentos da decisão recorrida.

CONHEÇO, portanto, do agravo e passo ao exame do recurso especial, que merece prosperar em parte.

Nas razões de seu apelo nobre interposto com base no art. 105, III, alíneas *a* e *c*, da CF, UNIMED alegou a violação dos arts. 10, § 4º, e 12 da Lei n. 9.656/98, aduzindo, em síntese, que **(1)** não está obrigada ao custeio de tratamento não previsto no rol taxativo da ANS; **(2)** necessidade de observância da limitação de reembolso; e **(3)** o não cabimento da condenação por danos morais.

Pois bem!

(1) Do dever de cobertura

A propósito do tema, destaco do acórdão impugnado os seguintes excertos:

No caso, todos os requisitos para a excepcionalidade da cobertura fora do rol foram devidamente demonstrados.

Não há notícia de indeferimento expresso de inserção do procedimento no rol da ANS e há demonstração da efetividade do tratamento por meio da Medicina Baseada em Evidências.

A esse respeito, dispõe Nota Técnica elaborada pelo Núcleo de Apoio Técnico do Distrito Federal acerca dos resultados em procedimentos intrauterinos em caso análogo :

[1] “(...) Existem evidências científicas robustas de que o reparo pré-natal (cirurgia intra-útero) da mielomeningocele é superior à realização da cirurgia ao nascimento, considerando os desfechos pós-natais dos danos ao sistema nervoso central;

Considerando que existem evidências de que os benefícios da cirurgia pré-natal se estendem até a idade escolar, quando comparadas as duas intervenções (cirurgia pré natal x cirurgia ao nascimento);”

Ademais, o Acórdão na Apelação explicitou os motivos pelos quais o procedimento deveria ser realizado com urgência, senão veja-se:

“(…) Da análise dos autos, verifica-se que a parte autora estava grávida de 24 semanas quando recebeu o diagnóstico de que sua filha é portadora de mielomeningocele lombo-sacral (CID Q35.0 + Q 05) com herniação cerebelar (movs. 1.23 e 1.24). Foi orientada pela médica, Dra. Denise Araújo Lapa Pedreira(CRM-SP 59174), a realizar cirurgia fetal para correção pré- natal da anomalia, que deveria ser realizada até a 26ª semana de gestação. Requereu autorização da Unimed, mas obteve resposta negativa (mov. 1.27).”

Caracterizava-se, portanto, como um procedimento de urgência – sobretudo quando considerada a limitação temporal de sua eficácia, até a 26.ª semana de gravidez –, cuja cobertura pelo plano era obrigatória.

Da mesma forma, em casos de diagnóstico de mielomeningocele (CID 10 - Q05), este Tribunal concluiu ser devido o custeio pela operadora do plano, da cirurgia em questão:

[...]

Logo, em atenção à decisão prolatada no Recurso Especial, mas considerando os parâmetros fixados nos Embargos de Divergência nos Recursos Especiais n.ºs 1.889.704 e 1.886.929, deve prevalecer a conclusão de que a negativa da recorrente constituiu prática abusiva, evidenciando o dever de ressarcimento do procedimento (e-STJ, fls. 754/756, sem destaques no original.).

O entendimento dominante nesta Corte é de que 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.

Na verdade, se não fosse assim, estar-se-ia autorizando que a empresa se substituísse aos médicos na escolha da terapia adequada de acordo com o plano de cobertura do paciente. E isso é incongruente com o sistema de assistência à saúde, porquanto quem é senhor do tratamento é o especialista, ou seja, o médico que não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém à cura do paciente.

Sendo assim, observa-se que o acórdão recorrido está em sintonia com a jurisprudência da Terceira Turma do STJ.

Vejam-se, a propósito, os seguintes precedentes:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. OBESIDADE MÓRBIDA. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA. POSSIBILIDADE. INSUCESSO DE TRATAMENTOS MULTIDISCIPLINARES AMBULATORIAIS. CONTRAINDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. DOENÇA COBERTA. SITUAÇÃO GRAVE E EMERGENCIAL. FINALIDADE ESTÉTICA E REJUVENESCEDORA. DESCARACTERIZAÇÃO. MELHORIA DA SAÚDE. COMBATE ÀS COMORBIDADES. NECESSIDADE. DISTINÇÃO ENTRE CLÍNICA DE EMAGRECIMENTO E SPA. DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. Ação ordinária que busca o custeio de tratamento contra obesidade mórbida (grau III) em clínica especializada de emagrecimento, pois o autor não obteve sucesso em outras terapias, tampouco podia se submeter à cirurgia bariátrica em virtude de apneia grave e outras comorbidades, sendo a sua situação de risco de morte.

3. É possível o julgamento antecipado da lide quando as instâncias ordinárias entenderem substancialmente instruído o feito, declarando a existência de provas suficientes para o seu convencimento (art. 130 do CPC/1973), sendo desnecessária a produção de prova pericial.

4. A obesidade mórbida é doença crônica de cobertura obrigatória nos planos de saúde (art. 10, caput, da Lei nº 9.656/1998). Em regra, as operadoras autorizam tratamentos multidisciplinares ambulatoriais ou as indicações cirúrgicas, a exemplo da cirurgia bariátrica (Resolução CFM nº 1.766/2005 e Resolução CFM nº 1.942/2010).

5. O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES (art. 8º, parágrafo único, da RN ANS nº 167/2008). Diferenças existentes entre clínica de emagrecimento e SPA.

6. A restrição ao custeio pelo plano de saúde de tratamento de emagrecimento circunscreve-se somente aos de cunho estético ou

rejuvenescedor, sobretudo os realizados em SPA, clínica de repouso ou estância hidromineral (arts. 10, IV, da Lei nº 9.656/1998 e 20, § 1º, IV, da RN ANS nº 387/2015), não se confundindo com a terapêutica da obesidade mórbida (como a internação em clínica médica especializada), que está ligada à saúde vital do paciente e não à pura redução de peso almejada para se obter beleza física.

7. Mesmo que o CDC não se aplique às entidades de autogestão, a cláusula contratual de plano de saúde que exclui da cobertura o tratamento para obesidade em clínica de emagrecimento se mostra abusiva com base nos arts. 423 e 424 do CC, já que, da natureza do negócio firmado, há situações em que a internação em tal estabelecimento é altamente necessária para a recuperação do obeso mórbido, ainda mais se os tratamentos ambulatoriais fracassarem e a cirurgia bariátrica não for recomendada.

8. A jurisprudência deste Tribunal Superior é firme no sentido de que o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta.

9. Havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevida do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor.

10. Em regra, a recusa indevida pela operadora de plano de saúde de cobertura médico-assistencial gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combatido pelas condições precárias de saúde, não constituindo, portanto, mero dissabor, ínsito às hipóteses correntes de inadimplemento contratual.

11. Há situações em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, não podendo ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a conduta de operadora que optar pela restrição de cobertura sem ofender, em contrapartida, os deveres anexos do contrato, tal qual a boa-fé, o que afasta a pretensão de compensação por danos morais.

12. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp 1.645.762/BA, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, j. 12/12/2017, DJe 18/12/2017 - sem destaque no original)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1. ALEGADA VIOLAÇÃO AO ART. 6º DA LICC. INSTITUTO DE NATUREZA CONSTITUCIONAL. 2. VIOLAÇÃO DOS ARTS. 165, 458 E 535 DO CPC/1973. INEXISTÊNCIA. 3. INOVAÇÃO RECURSAL. 4. NEGATIVA DE COBERTURA. INCIDÊNCIA DO CDC. FORNECIMENTO DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 100 U. MEDICAMENTO INDISPENSÁVEL AO TRATAMENTO DA SEGURADA. CLÁUSULA LIMITATIVA. ABUSIVIDADE. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. 5. AGRAVO IMPROVIDO.

1. *"Inviável o conhecimento do Recurso Especial por violação do art. 6º da LICC, uma vez que os princípios contidos na Lei de Introdução ao Código Civil - direito adquirido, ato jurídico perfeito e coisa julgada -, apesar de previstos em norma infraconstitucional, são institutos de natureza eminentemente constitucional (art. 5º, XXXVI, da CF/1988)" (AgRg no REsp n. 1.402.259/RJ, Relator o Ministro Sidnei Beneti, DJe 12/6/2014).*

2. *Não ocorre violação aos arts. 165, 458 e 535 do CPC/1973 quando o julgador decide, como no caso examinado, a lide de forma fundamentada, indicando os motivos de seu convencimento, ainda que de forma contrária da pretendida pela parte.*

3. *É inviável a análise de tese alegada apenas no âmbito de agravo interno, uma vez que constitui inadmissível a inovação recursal.*

4. Essa Corte possui orientação pacífica segundo a qual "é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde o custeio dos meios necessários ao melhor desempenho do tratamento" (AREsp n. 354.006/DF, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 12/8/2013). Incidência, no ponto, do óbice da Súmula 83/STJ. Além disso, 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 procedimento médico solicitado. 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.

4.1. *Ressalte-se também que, nos termos da jurisprudência desta Corte, "os planos de saúde podem, por expressa disposição contratual, restringir as enfermidades a serem cobertas, mas não podem limitar os tratamentos a serem realizados, inclusive os medicamentos experimentais" (AgInt no AREsp 1.014.782/AC, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 17/8/2017, DJe 28/8/2017).*

5. *Agravo interno a que se nega provimento.*

(AgInt no AREsp 898.228/PR, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Terceira Turma, j. 17/10/2017, DJe 23/10/2017 - sem destaque no original)

Ademais, 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.*

Como se depreende, o entendimento supra amolda-se ao desta Corte, o que atrai a incidência da Súmula n. 568 do STJ.

Demais, como asseverado na decisão, o Tribunal de origem aplicou corretamente o entendimento do STJ sobre o tema e, à luz do acervo fático-probatório dos autos, concluiu que os tratamentos requeridos pela parte autora têm eficácia comprovada e foram devidamente prescritos por médico, preenchendo os requisitos para a superação da taxatividade do rol da ANS e, portanto, para o dever de cobertura por parte da operadora do plano de saúde.

É por esse motivo que a revisão da conclusão esposada pelo Tribunal de Justiça somente seria possível mediante nova incursão nas provas dos autos, procedimento vedado na estreita via do recurso especial, consoante dispõe a Súmula n. 7 do STJ.

No mesmo sentido, confirmam-se os precedentes:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA PARTE DEMANDANTE.

1. A Segunda Seção deste STJ, em recente julgamento (EREsp n. 1.886.929/SP e n. 1.889.704/SP) firmou o entendimento no sentido de que o rol de cobertura de doenças previsto na ANS não é exemplificativo, somente podendo ser relativizado em hipóteses excepcionais, com demonstração técnica da efetiva necessidade.

Precedentes. 1.1. Na presente hipótese, a Corte de origem, com base nos elementos fáticos dos autos, concluiu, de forma expressa e embasada em critérios técnicos, pela inexistência de excepcional necessidade de cobertura. Aplicação das Súmulas 7 e 83 do STJ.

2. 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.

3. A ausência de enfrentamento da matéria objeto da controvérsia pelo Tribunal de origem, não obstante a oposição de embargos de declaração, impede o acesso à instância especial, porquanto não preenchido o requisito constitucional do prequestionamento.

Incidência da Súmula 211/STJ.

4. O acolhimento da pretensão recursal exigiria derruir a convicção formada nas instâncias ordinárias sobre a ocorrência de dano moral na espécie. Incidência da Súmula 7/STJ.

5. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp n. 1.886.532/GO, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 24/4/2023, DJe de 2/5/2023 - sem destaque no original)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. DEVER DE COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INVIABILIDADE DE REEXAME. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N.º 7 DO STJ. DANOS MORAIS DEMONSTRADOS NAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N.º 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. [...]

2. 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, uma vez que o tratamento de saúde foi apurado tecnicamente como 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.º 7 do STJ.

3. De acordo com a jurisprudência desta Corte Superior, o descumprimento contratual por parte da operadora de saúde, que culmina em negativa de cobertura para procedimento de saúde, enseja reparação a título de danos morais quando houver agravamento da condição de dor, abalo psicológico ou prejuízos à saúde já debilitada do paciente, o que foi constatado pela Corte de origem no caso concreto.

4. 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.

5. Agravo interno não provido.

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO "OFF-LABEL" INDICADO POR MÉDICO ASSISTENTE. COBERTURA DEVIDA. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. ALTERAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE REEXAME DE FATOS E PROVAS. PREVISÃO CONTRATUAL DE COBERTURA DA DOENÇA DO CONSUMIDOR. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. MEDICAMENTO NÃO PREVISTO NO ROL DA ANS. COBERTURA EXCEPCIONAL. POSSIBILIDADE. DECISÃO MANTIDA.

1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, é abusiva a negativa de cobertura de plano de saúde quando a doença do paciente não constar na bula do medicamento prescrito pelo médico que ministra o tratamento (uso "off-label") (AgInt no AREsp 1.713.784/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 15/3/2021, DJe 7/4/2021).

2. O recurso especial não comporta exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos e revisão das cláusulas contratuais (Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

3. No caso concreto, para alterar o entendimento do Tribunal de origem, quanto à ocorrência do dano moral, além do referente à existência de previsão contratual de cobertura para a doença que atingiu o consumidor, seria necessário o reexame dos fatos e das provas dos autos, bem como a revisão das cláusulas contratuais.

4. Cumpre observar os seguintes parâmetros objetivos para admitir, em hipóteses excepcionais e restritas, o afastamento das limitações contidas na lista da ANS: "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 à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida 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 na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem desl ocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS" (REsp n. 1.886.9 2 9/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022).

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.043.366/CE, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, j. 29/8/2022, DJe 31/8/2022 - sem destaque no original)

Não merece reforma, portanto, no ponto, o acórdão impugnado.

(2) Do reembolso

Quanto ao ponto, destaco do acórdão impugnado os seguintes excertos:

7.6. Assim, é devido e de forma integral, o reembolso pelos valores despendidos pela autora com a equipe médica cirúrgica, os procedimentos cirúrgicos e a cirurgia, no total de R\$ 89.075,95, não havendo que se retocar a sentença.

No ponto, verifica-se que o TJPR divergiu do entendimento consolidado no STJ ao determinar que, na ausência de profissionais credenciados ao plano de saúde do autor, o tratamento feito na rede particular deveria ser reembolsado integralmente.

Isso porque, é firme a orientação do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, nas hipóteses em que não se afigurar possível a utilização dos serviços credenciados, o reembolso poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde.

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DANOS MATERIAIS E MORAIS. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. PREÇOS DE TABELA EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM A OPERADORA. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a operadora de assistência à saúde deve responsabilizar-se pelo custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, mediante reembolso. O reembolso, porém, é limitado aos preços de tabela efetivamente contratados com a operadora de saúde, à luz do art. 12, VI, da Lei 9.656/98, sendo, portanto, lícita a cláusula contratual que prevê tal restrição, que conta com expressa previsão legal. Precedentes.

2. [...]

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1.489.704/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe 18/12/2020)

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. EN. 3 /STJ. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA DA TERAPIA PEDIASUIT A PACIENTE ACOMETIDO DE MICROCEFALIA.

FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS E ÓRTESES. AUSÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL. LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES. ÓBICE DA SÚMULA 283/STF. REEMBOLSO DE SERVIÇO PRESTADO FORA DA REDE CREDENCIADA. LIMITAÇÃO AO VALOR DE TABELA. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DESTA CORTE SUPERIOR. AUSÊNCIA DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. MATÉRIA NÃO DEVOLVIDA. TANTUM DEVOLUTUM QUANTUM APPELLATUM. DANO MORAL. INOCORRÊNCIA. LEGITIMIDADE DA RECUSA.

[...]

4. Descabimento de reembolso de serviços prestados fora da rede credenciada, salvo nas hipóteses de urgência/emergência, ou de insuficiência da rede credenciada. Precedente recente da Segunda Seção.

5. Inaplicabilidade desse precedente ao caso concreto, pois não houve insurgência recursal contra o reembolso, em si, mas somente contra o valor do reembolso, devendo o julgamento do recurso se limitar à questão efetivamente devolvida (tantum devolutum quantum appellatum).

6. Limitação do reembolso aos valores da tabela da operadora, na linha da jurisprudência pacífica desta Corte Superior.

7. Inocorrência de danos morais ao beneficiário do plano de saúde, uma vez que a recusa de cobertura foi reputada legítima.

8. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO.

(REsp 1.741.618/DF, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, DJe 1º/2/2021)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO CONDENATÓRIO - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE CONHECEU DO RECLAMO PARA DAR PARCIAL PROVIMENTO AO APELO NOBRE. INSURGÊNCIA RECURSAL DO AUTOR.

1. Segundo a jurisprudência desta Corte, é lícita a cláusula que limita o reembolso de despesas hospitalares realizadas junto a entidade não conveniada a limites contratualmente previstos.

Precedentes.

1.1. Inexistente, no caso, óbice da Súmula 7/STJ, tendo em vista que o provimento do recurso especial, com fundamento na jurisprudência desta Corte, prescindiu de que qualquer análise fática.

2. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1.358.568/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, Quarta Turma, DJe 16/11/2020)

Conforme se nota, ao determinar o reembolso integral das despesas eventualmente realizadas fora da rede credenciada, o acórdão estadual está em dissonância com o entendimento consolidado nesta Corte Superior, motivo pelo qual o apelo nobre ser provido para limitar o reembolso aos valores praticados na tabela do contrato pelos respectivos produtos.

(3) Dos danos morais

Por fim, quanto aos danos morais, o acórdão impugnado foi expresso em afirmar o seguinte:

Vale lembrar que, de acordo com o entendimento do STJ, 8.6.

[1] “a negativa administrativa ilegítima de cobertura para tratamento 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. Noutros termos, “8.7. a negativa indevida de plano de saúde para cobertura das despesas com tratamento médico do segurado não configura, de imediato, dano moral indenizável, devendo a possível reparação ser verificada com base no caso concreto, (AglInt no diante da constatação de situação que aponte a afronta a direito da personalidade” REsp 1878771/SE, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/11/2020, DJe 04/12/2020).

Pois bem, no presente caso, observa-se que a situação vivenciada 8.8. pela autora é passível de ser indenizável. Isso porque a negativa do procedimento cirúrgico intrauterino, quando a autora, gestante à época, com 24 semanas de gestação, que já se encontrava fragilizada emocionalmente com a notícia da grave doença que acometia o bebê que carregava em seu ventre, trouxe-lhe agravamento em seu quadro psicológico, aumentando-lhe a dor e o sofrimento, pois se deparou com um possível cenário em que sua filha, que poderia receber tratamento médico de reparação de sua patologia, ainda por meio intrauterino, com grandes chances de não precisar utilizar para o de sua vida uma válvula de hidrocefalia e de poder andar normalmente como qualquer criança, não teria mais sequer essa esperança.

8.9.É de se atentar que, pelo simples fato de ser gestante, a autora já se encontrava em estado emocional de fragilidade e vulnerabilidade, inerentes ao estado gestacional, dadas às diversas alterações hormonais que alteram e comprometem, além do corpo em si, o normal funcionamento do sistema nervoso, e que, à época, contando com 24 semanas de gestação, já sabendo da notícia de que sua filha seria portadora de doença grave, que poderia vir a nunca andar, depender de uma válvula de hidrocefalia e ter uma vida bem distanciada do “normal”, ao receber a negativa do plano, teve seu estado emocional gravídico ainda mais agravado, justamente porque passou a desacreditar na possibilidade de reversão da doença.

8.10. Assim, a conduta do plano de saúde ao negar-lhe o tratamento indicado por médico especialista fez com que a paciente se sentisse desamparada, agravando seu quadro emocional, já debilitado severamente, ante o risco de impossibilidade de cura (ou de minimização da doença) de seu bebê, afetando assim, seu estado emocional que já se encontrava fragilizado com o diagnóstico da patologia, não importando no caso que tenha suportado a despesa com o procedimento, pois aqui em evidência unicamente seu sofrimento não somente para a valoração do valor psicológico com a negativa, importando o pagamento indenizável, posto que para a futura mãe o bebê é o seu bem maior e o estresse da negativa da operadora majorou a fragilização seu psique.

8.11. Ademais, ao firmar o contrato com o plano de saúde, o consumidor tem a expectativa da prestação de serviço, pagando um

preço considerável para tanto, a fim de que no futuro, havendo a necessidade, seja concedida a cobertura das despesas relativas ao tratamento adequado e determinado pelo médico assistente.

Portanto, tem-se que a condenação da apelante ao pagamento de 8.12.

indenização por danos morais se mostra necessária para compensar autora pelo dano sofrido, bem como coibir a negativa do plano de saúde, devendo ser mantida, conforme arbitrado na sentença (e-STJ, fls. 528/529.).

Nesse contexto, verifica-se que, no caso dos autos, o Tribunal de Justiça, soberano na apreciação do acervo fático-probatório dos autos, concluiu que não ficou caracterizado o abalo moral alegado.

Assim, a alteração das conclusões adotadas pela Corte estadual (quanto a afronta a direito da personalidade do autor e a ocorrência de danos morais indenizáveis) demandaria, necessariamente, novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, conforme a Súmula n. 7 do STJ.

No mesmo sentido, confirmam-se os precedentes:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCP. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INVIABILIDADE DE REEXAME. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. DEVER DE COBERTURA. PRECEDENTES. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. REDUÇÃO DO QUANTUM. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. A Segunda Seção deste STJ, em recente julgamento (EREsp n. 1.886.929/SP e n. 1.889.704/SP) firmou o entendimento no sentido de que o rol de cobertura de doenças previsto na ANS não é exemplificativo, somente podendo ser relativizado em hipóteses excepcionais, com demonstração técnica da efetiva necessidade. Na presente hipótese, a Corte de origem, com base nos elementos fáticos dos autos, concluiu, de forma expressa e embasada em critérios técnicos, pela existência de excepcional necessidade de cobertura. Aplicação da Súmula nº 7 do STJ.

2. Existência de entendimento pacífico desta Corte Superior no sentido de que, nos casos em que a recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar impõe ao usuário de plano de saúde um grau de sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual, atingindo direito da personalidade, fica demonstrada a ocorrência de danos morais e caracterizado o direito à reparação. Inviabilidade de reexame da conclusão alcançada pelo Tribunal local quanto ao ponto em virtude da incidência da Súmula nº 7 do STJ.

3. Quanto ao valor arbitrado a título de danos morais, a jurisprudência do STJ admite, excepcionalmente, em recurso especial, reexaminar o

valor fixado a título de compensação por danos morais, quando ínfimo ou exagerado, o que não se verifica no caso dos autos.

4. 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.

5. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp n. 2.763.199/RN, minha relatoria, Terceira Turma, julgado em 17/2/2025, DJEN de 21/2/2025)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA PARTE DEMANDADA.

1. A Corte de origem manifestou-se expressamente acerca dos temas necessários a solução da controvérsia, de modo que, ausente qualquer omissão, contradição ou obscuridade, não se verifica a ofensa aos artigos 489 e 1.022 do CPC/2015.

2. O acolhimento da pretensão recursal exigiria derruir a convicção formada nas instâncias ordinárias sobre a ocorrência de dano moral na espécie, bem como da adequação do valor da indenização fixada. Incidência da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp n. 2.672.006/MG, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 9/12/2024, DJEN de 13/12/2024 - destacou-se)

Nessas condições, **CONHEÇO** do agravo para **CONHECER**, em parte, do recurso especial e, nessa extensão, **DOU-LHE PROVIMENTO**, para limitar o reembolso do tratamento eventualmente realizado fora da rede credenciada aos valores praticados na tabela do contrato pelos respectivos produtos.

Inaplicável a majoração dos honorários recursais.

É o voto.

Por oportuno, previno que a interposição de recurso contra esta decisão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente, poderá acarretar condenação às penalidades fixadas nos arts. 1.021, § 4º, ou 1.026, § 2º, ambos do NCPC.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

AREsp 2.863.734 / PR

Número Registro: 2025/0051568-6

PROCESSO ELETRÔNICO

Número de Origem:

00372202120188160021 003722021201881600211 202300955153 372202120188160021
3722021201881600211

Sessão Virtual de 22/04/2025 a 28/04/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

ADVOGADOS : ARMANDO GARCIA GARCIA - PR004903

CAMILA JORGE UNGARATTI RIBEIRO SUZUKI - PR061937

AGRAVADO : DENISE RIBEIRO

ADVOGADO : RAPHAEL STORANI MANTOVANI - SP278128

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 22/04/2025 a 28/04/2025, por unanimidade, decidiu conhecer parcialmente do recurso e, nessa parte, dar-lhe parcial provimento, 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, 28 de abril de 2025