



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2217854 - RJ (2025/0063310-1)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : **J P C**
ADVOGADOS : **GABRIELA DE CARVALHO SIMÕES - RJ151881**
: **REINALDO SILVA CINTRA - RJ179583**
RECORRIDO : **A A M I S**
ADVOGADA : **MARTA MARTINS SAHIONE FADEL - RJ089940**

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM CLÍNICA NÃO CREDENCIADA. URGÊNCIA. INEXISTÊNCIA. DIREITO AO REEMBOLSO AFASTADO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto com fundamento no art. 105, III, “a” e “c”, da Constituição Federal, contra acórdão que reformou sentença de procedência proferida em ação movida por beneficiária de plano de saúde, na qual se pretendia o custeio de internação psiquiátrica em clínica não credenciada e indenização por danos morais. A Corte local concluiu pela improcedência da pretensão da autora, reconhecendo a existência de rede credenciada apta ao atendimento, afastando situação de urgência, e apontando opção da beneficiária por clínica diversa por mera liberalidade.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em saber se é devido o custeio ou reembolso, ainda que parcial, de despesas com internação psiquiátrica realizada fora da rede credenciada, mesmo na ausência de situação de urgência ou insuficiência da rede credenciada.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que o reembolso de despesas com tratamento fora da rede credenciada somente é admitido em hipóteses excepcionais, como nos casos de urgência, emergência ou inexistência de rede credenciada apta ao atendimento (AgInt no AREsp n. 2.570.491/PE, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, DJe de 14/11/2024).

4. No caso concreto, a Corte estadual reconheceu que havia clínica credenciada, inclusive em município limítrofe, com capacidade técnica para atender à autora, inexistindo prova de recusa injustificada ou de impossibilidade de atendimento pela rede referenciada.

5. A escolha da autora por unidade hospitalar não credenciada decorreu de opção pessoal, sem demonstração de urgência ou insuficiência da rede, o que inviabiliza o reembolso pretendido.
6. A jurisprudência do STJ também admite cláusula de coparticipação expressamente pactuada em casos de internações psiquiátricas prolongadas, desde que não ultrapasse o limite de 50% do valor das despesas, conforme decidido no REsp n. 1.755.866/SP, relator Ministro Marco Buzzi, DJe de 16/12/2020.
7. A pretensão de reembolso ou custeio integral, fora das hipóteses excepcionais legalmente previstas e sem demonstração de abusividade contratual, não encontra amparo na jurisprudência do STJ.
8. Demonstrada divergência entre o entendimento da instância ordinária e a jurisprudência consolidada desta Corte, impõe-se o provimento do recurso especial para restabelecer a sentença de primeiro grau que reconheceu o direito à internação, por considerar presentes os requisitos excepcionais.
9. Caracterizada a negativa indevida de cobertura, impõe-se a condenação da operadora de plano de saúde ao pagamento de indenização por danos morais, nos termos da jurisprudência desta Corte (AgRg no REsp 1.505.692/RS, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 2/8/2016).
- IV. DISPOSITIVO
10. Recurso especial provido. Sentença de primeiro grau restabelecida. Operadora de plano de saúde condenada ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$6.000,00, corrigidos desde a sentença e com juros de mora de 1% ao mês a contar da citação. Ônus da sucumbência invertido, com majoração dos honorários advocatícios para 15% sobre o valor da condenação.

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 16/09/2025 a 22/09/2025, por unanimidade, dar provimento ao recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Nancy Andrigli, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 23 de setembro de 2025.

Ministra Daniela Teixeira
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2217854 - RJ (2025/0063310-1)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : **J P C**
ADVOGADOS : **GABRIELA DE CARVALHO SIMÕES - RJ151881**
: **REINALDO SILVA CINTRA - RJ179583**
RECORRIDO : **A A M I S**
ADVOGADA : **MARTA MARTINS SAHIONE FADEL - RJ089940**

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM CLÍNICA NÃO CREDENCIADA. URGÊNCIA. INEXISTÊNCIA. DIREITO AO REEMBOLSO AFASTADO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto com fundamento no art. 105, III, “a” e “c”, da Constituição Federal, contra acórdão que reformou sentença de procedência proferida em ação movida por beneficiária de plano de saúde, na qual se pretendia o custeio de internação psiquiátrica em clínica não credenciada e indenização por danos morais. A Corte local concluiu pela improcedência da pretensão da autora, reconhecendo a existência de rede credenciada apta ao atendimento, afastando situação de urgência, e apontando opção da beneficiária por clínica diversa por mera liberalidade.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em saber se é devido o custeio ou reembolso, ainda que parcial, de despesas com internação psiquiátrica realizada fora da rede credenciada, mesmo na ausência de situação de urgência ou insuficiência da rede credenciada.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que o reembolso de despesas com tratamento fora da rede credenciada somente é admitido em hipóteses excepcionais, como nos casos de urgência, emergência ou inexistência de rede credenciada apta ao atendimento (AgInt no AREsp n. 2.570.491/PE, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, DJe de 14/11/2024).

4. No caso concreto, a Corte estadual reconheceu que havia clínica credenciada, inclusive em município limítrofe, com capacidade técnica para atender à autora, inexistindo prova de recusa injustificada ou de impossibilidade de atendimento pela rede referenciada.

5. A escolha da autora por unidade hospitalar não credenciada decorreu de opção pessoal, sem demonstração de urgência ou insuficiência da rede, o que inviabiliza o reembolso pretendido.
6. A jurisprudência do STJ também admite cláusula de coparticipação expressamente pactuada em casos de internações psiquiátricas prolongadas, desde que não ultrapasse o limite de 50% do valor das despesas, conforme decidido no REsp n. 1.755.866/SP, relator Ministro Marco Buzzi, DJe de 16/12/2020.
7. A pretensão de reembolso ou custeio integral, fora das hipóteses excepcionais legalmente previstas e sem demonstração de abusividade contratual, não encontra amparo na jurisprudência do STJ.
8. Demonstrada divergência entre o entendimento da instância ordinária e a jurisprudência consolidada desta Corte, impõe-se o provimento do recurso especial para restabelecer a sentença de primeiro grau que reconheceu o direito à internação, por considerar presentes os requisitos excepcionais.
9. Caracterizada a negativa indevida de cobertura, impõe-se a condenação da operadora de plano de saúde ao pagamento de indenização por danos morais, nos termos da jurisprudência desta Corte (AgRg no REsp 1.505.692/RS, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 2/8/2016).

IV. DISPOSITIVO

10. Recurso especial provido. Sentença de primeiro grau restabelecida. Operadora de plano de saúde condenada ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$6.000,00, corrigidos desde a sentença e com juros de mora de 1% ao mês a contar da citação. Ônus da sucumbência invertido, com majoração dos honorários advocatícios para 15% sobre o valor da condenação.

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Especial interposto, com fundamento no art. 105, inciso III, alíneas “a” e “c”, da Constituição Federal, contra acórdão, assim ementado (e-STJ fls. 566/567):

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. VÍCIOS NO ACÓRDÃO. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. PRETENSÃO DE MODIFICAR O JULGADO. EFEITOS INFRINGENTES. IMPOSSIBILIDADE. VIA INADEQUADA. DECISÃO QUE PERMANECE INALTERADA. ERRO MATERIAL CONSTATADO. SANATÓRIA DO EQUÍVOCO APONTADO QUE NADA INTERFERE NO JULGAMENTO DOS RECURSOS DE APELAÇÃO INTERPOSTOS POR AMBAS AS PARTES. EMBARGOS PARCIALMENTE ACOLHIDOS.

APELAÇÕES CÍVEIS. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PRETENSÃO DE COBERTURA DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA NÃO CREDENCIADA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DE AMBAS AS PARTES.

REFORMA DO JULGADO. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADOR DE SERVIÇO MÉDICO NÃO REFERENCIADO AO PLANO DE SAÚDE. IMPOSSIBILIDADE. HIPÓTESE DOS AUTOS EM QUE A SEGURADORA DEMANDADA COMPROVOU A EXISTÊNCIA DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA CREDENCIADA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA RESPECTIVA MODALIDADE DE PLANO, BEM COMO EM MUNICÍPIO CONTÍGUO, QUE PODERIA TER PRESTADO O DEVIDO ATENDIMENTO. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE QUE SE TRATAVA DE HIPÓTESE DE EMERGÊNCIA, CONJUGADA COM A INEXISTÊNCIA OU INCAPACIDADE DE PROFISSIONAIS CREDENCIADOS PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE, ÔNUS QUE INCUMBIA A PARTE AUTORA NOS TERMOS DO ARTIGO 373, I, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. AUTORA QUE, POR MERA LIBERALIDADE, OPTOU POR SE SUBMETER À INTERNAÇÃO EM CLÍNICA NÃO CREDENCIADA, SEM DEMONSTRAR SEQUER QUE BUSCOU OUTRO LOCAL, EM QUE PESE A LISTAGEM DISPONIBILIZADA PELA SEGURADORA RÉ E QUE ESTE NÃO POSSUÍA QUALIFICAÇÕES TÉCNICAS NECESSÁRIAS, DE ACORDO COM A MODALIDADE DO PLANO CONTRATADO. PRECEDENTES DO STJ. RECURSO INTERPOSTO PELA SEGURADORA RÉ AO QUAL SE DÁ PROVIMENTO PARA, REFORMANDO A SENTENÇA, JULGAR IMPROCEDENTE O PLEITO AUTORAL. PREJUDICADO O SEGUNDO APELO INTERPOSTO PELA AUTORA. (e-STJ, fls. 548-549)

Nas razões do recurso especial, a recorrente alega que o acórdão recorrido contrariou os artigos 12, inciso VI, e 35-C da Lei 9.656/98, ao não reconhecer a obrigatoriedade de cobertura de internação em clínica não credenciada em casos de urgência e emergência, além de ter divergido da jurisprudência deste Superior Tribunal acerca do tema e sobre a possibilidade de reembolso, ainda que parcial, quando o beneficiário do plano optar por tratamento, fora da rede credenciada.

Intimada nos termos do art. 1.042, § 3º, do Código de Processo Civil, a parte recorrida, Amil Assistência Médica Internacional S/A, apresentou contrarrazões, afirmando a inexistência de requisitos ou elementos aptos a promover a alteração do julgado impugnado, sustentando a incidência das Súmulas 283 e 284 do STF e da Súmula 7 do STJ (e-STJ, fls. 596-602).

É o relatório.

VOTO

O recurso especial é tempestivo e cabível, pois interposto em face de decisão que negou provimento ao recurso de apelação interposto na origem (art. 105, III, a e c, da Constituição Federal).

O acórdão recorrido tratou da pretensão de cobertura de internação em clínica psiquiátrica não credenciada por parte da recorrente, segundo o qual, provido ao recurso da seguradora de saúde ora recorrida, consignando que (e-STJ, fls. 549/554):

Contudo, o Superior Tribunal de Justiça possui entendimento consolidado no sentido de que o custeio pelo plano de saúde, com internação em estabelecimento não conveniado, somente é admitido em casos excepcionais, diante da demonstração de situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e impossibilidade de utilização dos serviços credenciados pela própria seguradora, em razão de recusa injustificada. Confira-se :

[...]

Na hipótese entelada, além da falta de prova de negativa de cobertura pela seguradora ré, o plano de saúde comprovou ter clínica credenciada na sua área de abrangência e em município contíguo, distante cerca de 30 km da residência da autora, e que dispunha de todos meios e suportes necessários ao seu atendimento, conforme prescrição médica colacionada na exordial, credenciada ao plano de saúde, para prestar o tratamento pleiteado pelo médico assistente da paciente. Veja-se:

[...]

Assim sendo, verifica-se que a autora, por mera liberalidade, optou por se submeter à internação em clínica psiquiátrica não credenciada, sem demonstrar sequer que buscou outro estabelecimento, em que pese a listagem disponibilizada pela seguradora ré, e que este não possuía qualificações técnicas necessárias, de acordo com a modalidade do plano contratado. Com base em tais argumentos, portanto, a sentença impugnada deve ser reformada para se julgar improcedente o pleito autoral.

Interpostos embargos de declaração pela recorrente, alegada omissão no referido acórdão, sendo parcialmente acolhidos apenas para sanar erro material, sem modificar o julgamento dos recursos de apelação (e-STJ fls. 566/570):

Na verdade, a afirmação da ora recorrente no sentido da existência de omissão no pronunciamento jurisdicional embargado tem a finalidade de rediscutir a matéria posta a desate, emprestando ao presente recurso efeitos modificativos, o que, na hipótese, não é possível.

Na espécie, inexistente omissão no julgado, já que o acórdão se manifestou expressamente acerca das alegações deduzidas pelas partes, lembrando, neste particular, que somente pode ser considerado como omissão o esquecimento capaz de alterar o juízo do magistrado acerca da matéria trazida a julgamento.

É dizer, a presente via não serve à discussão acerca de divergência entre a tese defendida pela embargante e o entendimento sufragado no julgado, tampouco acerca de interpretação de texto legal.

Neste aspecto, em que pesem as razões expostas pela ora recorrente, no caso trazido a julgamento, o Superior Tribunal de Justiça possui entendimento consolidado no sentido de que o custeio pelo plano de saúde, com internação em estabelecimento não conveniado, somente é admitido em casos excepcionais, diante da demonstração de situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e impossibilidade de utilização dos serviços credenciados pela própria seguradora, em razão de recusa injustificada.

De fato, no caso dos autos, além da falta de prova de negativa de cobertura pela seguradora ré, o plano de saúde comprovou ter clínica credenciada na sua área de abrangência e em município contíguo, distante cerca de 30 km da residência da autora, e que dispunha de todos meios e suportes necessários ao seu atendimento, conforme prescrição médica colacionada na exordial, credenciada ao plano de saúde, para prestar o tratamento pleiteado pelo médico assistente da paciente.

Neste contexto, verifica-se que a autora, a ora embargante, por mera liberalidade, optou por se submeter à internação em clínica psiquiátrica não credenciada, sem demonstrar sequer que buscou outro estabelecimento, em que pese a listagem disponibilizada pela seguradora ré, e que este não possuía qualificações técnicas necessárias, de acordo com a modalidade do plano contratado.

Observa-se, assim, que pretende a recorrente rediscutir o entendimento do firmado pelo órgão julgador, emprestando ao presente recurso efeitos modificativos, o que não é possível conforme melhor jurisprudência, senão vejamos:

[...]

E, de fato, assiste razão à recorrente no pertinente ao erro apontado, o qual se corrige, passando assim a constar:

“A C O R D A M os Desembargadores que integram a Quarta Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça, por MAIORIA, em dar provimento ao primeiro recurso e declarar prejudicado o segundo, nos termos do voto do relator, vencida a Des. Cláudia Telles de Menezes, que negava provimento a ambos os recursos”.

Registre-se, por derradeiro, que a sanatória do erro material apontado em nada interfere no julgamento dos recursos de apelação interpostos por ambas as partes.

Diante do exposto, voto no sentido de se acolher parcialmente os embargos, a fim de corrigir o erro material apontado, tal como lançado na fundamentação supra.

A sentença de primeira instância havia condenado a seguradora ré a proceder à internação da parte autora na Clínica Pater Aldeia, custeando todo o tratamento até o restabelecimento, além de fornecer exames, materiais, medicamentos e procedimentos necessários, conforme laudo médico, e ao pagamento de indenização por dano moral, nos seguintes termos (e-STJ fls. 421/424):

16. Tratando-se a questão meritória de direito e de fato e encerrada a fase instrutória, forçoso o julgamento da lide, que pode ser composta no estado em que se encontra.

17. A lide versa sobre a obrigação ou não de a ré em custear a internação e tratamento da autora na clínica descrita à petição inicial, de forma integral ou não, a ensejar a procedência dos pedidos autorais formulado à petição inicial.

18. A matéria deve ser analisada à Luz da Lei nº 8.078/90 e seus princípios norteadores. Neste sentido, verifique-se o disposto no artigo 4º, caput, e seus incisos, especialmente os incisos III e VII, além do que dispõe o artigo 6º, III, VIII e X, todos da Lei nº 8.078/90. Vale dizer, deve-se constatar que está o consumidor em posição de fragilidade, presumindo-se a sua boa-fé objetiva, devendo a ré desconstituir a sua alegação, por força de inversão do ônus da prova. No entanto, tal presunção não exime o autor de fazer prova de suas alegações, conforme entendimento consolidado na Súmula 330 deste Tribunal.

19. Nesses termos, aduz a autora que se encontra em tratamento na Clínica Pater Aldeia pois apresenta graves distúrbios psicológicos e transtornos mentais e comportamentais, devido ao Transtorno Afetivo Bipolar e ao Transtorno de Alimentação de que sofre, sendo a referida clínica considerada pela médica da paciente, como a única que apresenta condições de suprir tal necessidade em seu território de moradia, facilitando a criação de rede de apoio, bem como fornecendo o acompanhamento médico e psicológico de que ela necessita.

20. A ré, no entanto, informa que há rede credenciada para realização do referido tratamento e que há limitação de dias.

21. Segundo a Resolução nº 259 da ANS, o prestador de plano de saúde deve garantir rede assistencial dentro do Município de abrangência ou, subsidiariamente, na Região de Saúde em que o Município estiver localizado, na forma do art. 2º da referida Resolução: "Art. 2º - A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto."

22. Todavia, trata-se de regra geral, podendo ser mitigada no caso concreto, notadamente na hipótese de a locomoção do paciente prejudicar o próprio tratamento.

23. In casu, a prescrição médica atesta que a paciente teria mais sucesso no tratamento se submetida à tratamento realizado na Clínica supramencionada, eis que localizada no seu território de moradia, facilitando a criação de rede de apoio, bem como fornecendo o acompanhamento médico e psicológico de que ela necessita.

24. Logo, não se vislumbra adequada a clínica da rede credenciada localizada em Município diverso da residência da paciente.

25. A parte ré alega a impossibilidade de custeio de internação na clínica escolhida pela autora, por não integrar a rede credenciada do seguro saúde, sendo certo que há prestadores cobertos pelo plano em município limítrofe.

26. De fato, como cediço, o contrato de plano de saúde assegura a cobertura de serviços que integram a rede credenciada.

27. Nesse diapasão, em regra, não é possível a escolha de profissionais específicos pelo consumidor fora da rede credenciada, exceto se inexistir oferta de profissionais capacitados no quadro credenciado.

28. Assim, não sendo disponibilizado prestador apto no local, como supramencionado, o segurador deve arcar com custeio do serviço fora da rede credenciada.

29. Logo, não disponibilizada unidade clínica da rede credenciada capaz de realizar os serviços que deveriam ser cobertos pelo plano, impõe-se o custeio diretamente pelo réu, pagando aos prestadores particulares ou reembolsando os pagamentos efetuados pela autora. Ainda, quanto à alegada limitação de dias, tal cláusula se mostra extremamente limitativa do direito do consumidor, de modo que deve ser afastada.

30. Por conseguinte, faz jus a autora à confirmação da tutela de urgência deferida pela decisão de fls. 37/38.

31. No tocante aos danos morais, verifica-se que a conduta da ré em não custear os atendimentos requisitados pela autora, ultrapassam o mero aborrecimento, gerando na autora dano moral a ser indenizado.

32. Uma vez reconhecida a existência do dano moral, passa-se a fase de seu arbitramento. Na árdua tarefa de aferir-se a existência e consequente reparação do dano moral, deve o magistrado voltar os olhos para o princípio da razoabilidade, adequando-o à suposta reprovabilidade da conduta ilícita e a gravidade do dano por ela produzidas.

ISSO POSTO, julgo PROCEDENTE o pedido para confirmar a tutela de urgência deferida e condenar a ré a pagar à parte autora indenização por danos morais no valor de R\$6.000,00 (seis mil reais), devidamente corrigido contar desta data e acrescido de juros de 1% ao mês a contar da citação. Por fim, condeno a primeira ré ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios no valor de 10% sobre o valor da condenação.

Com o trânsito em julgado, o cumprimento da obrigação é certificado o recolhimento das custas, dê-se baixa e arquivem-se, encaminhando-se os autos à Central de Arquivamento.

A pretensão do recorrente é de ver custeada integralmente sua internação em clínica para tratamento psiquiátrico por graves distúrbios psicológicos e transtornos mentais e comportamentais, devido ao transtorno afetivo bipolar e ao transtorno de alimentação.

A Corte Estadual entendeu que a situação de urgência não justifica a internação em clínica não conveniada com o plano de saúde, reformou a sentença para julgar improcedente o pleito autoral, segundo o entendimento mera liberalidade, por parte da beneficiária, quanto à escolha por internação em clínica não credenciada, sem demonstrar busca por outro local, em que pese a listagem disponibilizada pela seguradora de saúde.

Dos excertos transcritos, é possível notar que o acórdão evidenciou que não havia situação de emergência ou urgência que justificasse a utilização de nosocômio fora da rede credenciada.

Assiste razão à parte.

A jurisprudência desta Corte aplicada ao caso destaca que o reembolso de despesas fora da rede credenciada é admitido apenas em situações excepcionais, como urgência ou **inexistência de estabelecimento credenciado**, conforme precedentes citados no acórdão recorrido Nesse sentido:

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. IMPROCEDÊNCIA. AGRAVO NÃO PROVIDO.

*I. Caso em exame*¹. Agravo interno interposto contra decisão que conheceu do agravo e conheceu em parte do recurso especial para dar-lhe provimento, restabelecendo a sentença de improcedência em ação de reembolso de despesas médico-hospitalares.

1.1. O contrato de plano de saúde celebrado pelo demandante não contém cláusula de livre escolha do prestador.

2. O Tribunal de origem, apesar de concluir que o tratamento em clínica não credenciada se deu por "opção do paciente", reformou a sentença de improcedência, reconhecendo o direito ao reembolso das despesas médico-hospitalares, mesmo sem urgência ou emergência.

3. A decisão agravada considerou que, não havendo urgência ou insuficiência da rede credenciada, não é cabível o reembolso de tratamento realizado em clínica de livre escolha do usuário do plano de saúde, conforme jurisprudência pacífica do STJ.

II. Questão em discussão

4. A questão em discussão consiste em saber se há direito ao reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas fora da rede credenciada, na ausência de urgência ou insuficiência da rede credenciada.

5. A questão também envolve a análise da necessidade de inversão do ônus da prova.

III. Razões de decidir

6. O reembolso de despesas fora da rede credenciada é restrito a situações de urgência, emergência ou insuficiência da rede, conforme jurisprudência do STJ.

7. A escolha de clínica fora da rede credenciada foi opção do paciente, não havendo comprovação de urgência ou insuficiência da rede credenciada.

8. O agravante não indicou a prova cuja dificuldade de produção justificaria a inversão do ônus probatório na origem.

8.1. Dessa forma, está caracterizada a deficiência na fundamentação recursal, a teor da Súmula n. 284 do Supremo Tribunal Federal.

IV. Dispositivo e tese

. Agravo não provido.

Tese de julgamento: "Não havendo cláusula de livre escolha do prestador no contrato de plano de saúde, o reembolso de despesas médico-hospitalares fora da rede credenciada é admitido apenas em casos de urgência, emergência ou insuficiência da rede credenciada."

Dispositivos relevantes citados: Lei n. 9.656/1998, art. 12, VI;

CPC/2015, art. 373, I. Jurisprudência relevante citada: STJ, EAREsp 1.459.849/ES, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020; STJ, AgInt no AREsp 1.585.959/MT, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 8/8/2022.

(AgInt no AREsp n. 2.570.491/PE, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 11/11/2024, DJe de 14/11/2024.) (grifos nossos)

Nos termos da jurisprudência desta Corte, *"A recusa indevida /injustificada, pela operadora de plano de saúde, de autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada enseja reparação a título de dano moral por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário, estando **caracterizado o dano in re ipsa**"* (AgRg no REsp 1.505.692/RS, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe 2/8/2016). (grifos nossos)

Com relação à coparticipação do recorrente no custeio de internação em clínica psiquiátrica a partir do 31º dia de internação:

RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA - ARTIGO 1036 E SEQUENTES DO CPC/2015 - AÇÃO COMINATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DECLARATÓRIA DE NULIDADE CONTRATUAL - PROCEDÊNCIA DA DEMANDA, NA ORIGEM, ANTE A ENTÃO REPUTADA ABUSIVIDADE NA LIMITAÇÃO DE COBERTURA APÓS O TRIGÉSIMO DIA DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA - INSURGÊNCIA DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE VOLTADA À DECLARAÇÃO DE LEGALIDADE DA CLÁUSULA CONTRATUAL DE PLANO DE SAÚDE QUE ESTABELECE O PAGAMENTO PARCIAL PELO CONTRATANTE, A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO, NA HIPÓTESE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR A 30 DIAS DECORRENTE DE TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS.

1. Para fins dos arts. 1036 e seguintes do CPC/2015:

1.1 Nos contratos de plano de saúde não é abusiva a cláusula de coparticipação expressamente ajustada e informada ao consumidor, à razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 (trinta) dias por ano, decorrente de transtornos psiquiátricos, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro.

2. Caso concreto:

2.1 Inviável conhecer da tese de negativa de prestação jurisdicional, pois a simples menção de preceito legal, de modo genérico, sem explicitar a forma como ocorreu sua efetiva contrariedade pelo Tribunal de origem, manifesta deficiência na fundamentação do recurso especial a atrair a incidência da Súmula 284 do STF.

2.2 Inexistindo limitação de cobertura, mas apenas previsão de coparticipação decorrente de internação psiquiátrica por período superior a 30 dias anuais, deve ser afastada a abusividade da cláusula contratual com a consequente improcedência do pedido veiculado na inicial.

3. Recurso especial conhecido em parte e, na extensão, provido.

(REsp n. 1.755.866/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Segunda Seção, julgado em 9/12/2020, DJe de 16/12/2020.)

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CONTRA PLANO DE SAÚDE. SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO DO BENEFICIÁRIO. QUADRO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS. CUSTEIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE CLÍNICA APÓS O 30º DIA DE INTERNAÇÃO. PREVISÃO CONTRATUAL (LEI 9.656/98, ART. 16, VIII). POSSIBILIDADE. PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO ELEVADO, FIXADO NO CONTRATO, INVIABILIZANDO A CONCRETIZAÇÃO DO SEU OBJETO. REDUÇÃO DO PERCENTUAL AO PATAMAR DE 50%. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

1 - A Lei 9.656/98, principal diploma legal regulador dos planos de assistência à saúde, admite a existência de cláusula de coparticipação pelos beneficiários no custeio de internação hospitalar em unidade clínica, para todos os procedimentos utilizados.

2 - In casu, o percentual de coparticipação do segurado, fixado originalmente no contrato, atinge o elevado montante de 90% (noventa por cento) dos custos de internação, o que cria limitação excessiva que quase subtrai os efeitos práticos da cobertura, inviabilizando o próprio tratamento.

3 - Cabe, então, reduzir-se a coparticipação para o montante máximo de 50% (cinquenta por cento), percentual esse admitido em Resolução Normativa editada pela Agência Nacional de Saúde.

4 - Recurso especial parcialmente provido.

(REsp n. 1.551.031/DF, relator Ministro Marco Buzzi, relator para acórdão Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 28/6/2016, DJe de 7/2/2017.)

Outrossim, quanto ao direito à indenização por danos morais, na hipótese de indevida recusa de cobertura em casos de urgência ou emergência, encontra guarida na jurisprudência deste Tribunal, do que são exemplos, o seguintes julgados (com destaque no que releva):

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA. RECONSIDERAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA ANTECIPADA. PLANO DE SAÚDE. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E INS CORONARIANA. PRAZO DE CARÊNCIA. AFASTAMENTO. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. ACÓRDÃO ESTADUAL EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CARACTERIZADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. AUSÊNCIA DE EXORBITÂNCIA. AGRAVO INTERNO PROVIDO PARA CONHECER DO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

1. A "cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência" (AgInt no REsp 1.815.543/RJ, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 15/10/2019, DJe de 6/11/2019). Incidência da Súmula 83 do STJ.

2. "É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado" (Súmula 302/STJ).

3. **"A recusa indevida de cobertura, pela operadora de plano de saúde, nos casos de urgência ou emergência, enseja reparação a título de dano moral, em razão do agravamento ou aflição psicológica do beneficiário, ante a situação vulnerável em que se encontra" (AgInt no REsp 2.025.038/SP, Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, julgado em 4/9/2023, DJe de 8/9/2023).**

4. No caso, mostra-se razoável o quantum fixado pela instância ordinária, a título de danos morais, correspondente a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), não havendo falar em condenação desproporcional com relação à extensão dos danos sofridos pela parte recorrida, que, conforme mencionado pelas instâncias ordinárias, suportou a negativa indevida de internação para tratamento de insuficiência renal crônica e INS Coronariana.

5. Agravo interno provido para conhecer do agravo e negar provimento ao recurso especial.

(AgInt no AREsp n. 2.673.337/PA, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 4/11/2024, DJEN de 29/11/2024.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. 1. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022 DO CPC/2015 NÃO CONFIGURADA. 2. RESPONSABILIDADE CIVIL. RECUSA DE INTERNAÇÃO DA AUTORA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. SÚMULAS 7 E 83 DESTA CORTE. 3. FIXAÇÃO DO VALOR INDENIZATÓRIO EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE. REVISÃO DAS CONCLUSÕES DO ACÓRDÃO RECORRIDO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA 7/STJ. 4. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não ficou configurada a violação ao art. 1.022 do CPC/2015, uma vez que o Tribunal de origem se manifestou, de forma fundamentada, sobre todas as questões necessárias para o deslinde da controvérsia.

O mero inconformismo da parte com o julgamento contrário à sua pretensão não caracteriza falta de prestação jurisdicional.

2. A Corte local consignou que "o prazo de carência contratual não pode frustrar o direito do beneficiado ao atendimento emergencial" (e-STJ, fl. 510).

2.1. Consoante jurisprudência desta Corte Superior, "configura abusividade a negativa de fornecimento de assistência médica em casos de urgência ou emergência durante o período de carência, sendo injusta a recusa da operadora" (AgInt no AREsp n. 2.589.825/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 23/9/2024, DJe de 25/9/2024).

3. A alteração das conclusões adotadas pela Corte de origem quanto à responsabilidade solidária do plano de saúde, em razão da recusa de internação emergencial da autora, exige necessariamente novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, conforme o óbice previsto no enunciado sumular n. 7 deste Tribunal Superior.

4. O valor estabelecido a título de danos morais não pode ser considerado exorbitante (R\$ 80.000,00 - oitenta mil reais), porquanto não supera 500 (quinhentos) salários mínimos, margem aceita pela atual jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça como razoável em casos análogos, relativos à reparação dos danos morais decorrentes de morte do recém-nascido.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.697.927/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 28/10/2024, DJe de 5/11/2024.)

Diante da dissonância entre o acórdão do Tribunal de origem e o entendimento jurisprudencial deste Superior Tribunal, entende-se viável o recurso especial.

Manifesto meu voto, portanto, pelo **provimento do presente recurso especial, reestabelecendo a sentença de primeiro grau, para condenar a seguradora de saúde, ora requerida à indenização por danos morais no valor de R\$6.000,00 (seis mil reais), devidamente corrigido a contar da data em que se proferiu à sentença, acrescidos de juros de 1% ao mês a contar da citação.**

Inverto o ônus da sucumbência e majoro os honorários advocatícios, em desfavor da parte recorrida, no importe de 15% sobre o valor já arbitrado, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, observados, se aplicáveis, os limites percentuais previstos nos §§ 2º e 3º do referido dispositivo legal, bem como eventual concessão da gratuidade da justiça.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

REsp 2.217.854 / RJ
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2025/0063310-1

Número de Origem:

01939515320208190001 1939515320208190001 202424511515

Sessão Virtual de 16/09/2025 a 22/09/2025

SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : J P C

ADVOGADOS : GABRIELA DE CARVALHO SIMÕES - RJ151881

REINALDO SILVA CINTRA - RJ179583

RECORRIDO : A A M I S

ADVOGADA : MARTA MARTINS SAHIONE FADEL - RJ089940

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

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 16/09/2025 a 22/09/2025, por unanimidade, decidiu dar provimento ao recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 22 de setembro de 2025

