



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2226124 - SP (2025/0288057-3)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : UNIMED DE SANTOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : AGNALDO LEONEL - SP166731
FÁBIO PEREIRA LEME - SP177996
RECORRIDO : JULIANA SOARES FERREIRA
ADVOGADA : LUCINEIDE SOARES FERREIRA - SP363669

EMENTA

CIVIL. 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. DANOS MORAIS CARACTERIZADOS. INVERSÃO DE ENTENDIMENTO. VEDAÇÃO. SÚMULA N. 7 DO STJ. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO .

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. 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.

4. Recurso especial não conhecido.

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, não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrigli, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 24 de setembro de 2025.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2226124 - SP (2025/0288057-3)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : UNIMED DE SANTOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : AGNALDO LEONEL - SP166731
FÁBIO PEREIRA LEME - SP177996
RECORRIDO : JULIANA SOARES FERREIRA
ADVOGADA : LUCINEIDE SOARES FERREIRA - SP363669

EMENTA

CIVIL. 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. DANOS MORAIS CARACTERIZADOS. INVERSÃO DE ENTENDIMENTO. VEDAÇÃO. SÚMULA N. 7 DO STJ. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO .

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. 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.

4. Recurso especial não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED DE SANTOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (UNIMED), com fundamento no art. 105, III, alínea *a*, da CF, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, da relatoria do Des. MÁRIO CHIUVITE JÚNIOR, assim ementado:

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO COM TOXINA BOTULÍNICA PARA MIGRÂNEA CRÔNICA ROL DA ANS NATUREZA EXEMPLIFICATIVA PRESCRIÇÃO MÉDICA EXPRESSA COBERTURA OBRIGATÓRIA DANO MORAL CONFIGURADO SENTENÇA MANTIDA RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame Recurso de apelação interposto contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais, condenando a ré à cobertura do tratamento com Toxina Botulínica A e ao pagamento de R\$ 10.000,00 por danos morais.

II. Questão em Discussão 2. Consiste em se aferir se há legalidade da negativa de cobertura do tratamento com Toxina Botulínica A pela

operadora de plano de saúde e a existência de danos morais decorrentes da conduta perpetrada.

III. Razões de Decidir 3. A operadora de plano de saúde não pode recusar cobertura de tratamento prescrito por médico especialista sob o argumento de ausência no rol de procedimentos da ANS, tendo em vista que esse rol possui natureza exemplificativa, conforme entendimento consolidado no Tema 1.082 do STJ e pela Lei nº 14.454/2022.

4. A perícia judicial confirmou a gravidade da Migrânea Crônica e a ineficácia de tratamentos convencionais, ressaltando que a aplicação de Toxina Botulínica apresentou benefícios significativos à paciente, o que reforça a necessidade de sua cobertura pelo plano de saúde.

5. A negativa de cobertura é indevida quando há prescrição médica fundamentada e o tratamento é eficaz, como no caso da autora, diagnosticada com Migrânea Crônica. Assim, tem-se que a conduta da operadora de plano de saúde foi injustificada e potencialmente agravadora da vulnerabilidade do beneficiário e configura falha na prestação do serviço, ensejando a reparação por danos morais, nos termos da Súmula 608 do STJ e da jurisprudência consolidada do TJSP.

IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A operadora de plano de saúde deve cobrir tratamentos prescritos por médico, mesmo que não constem no rol da ANS, quando eficazes e necessários. 2. A negativa indevida de cobertura gera direito à indenização por danos morais. 3. Honorários advocatícios majorados de 10% para 15% sobre o valor da causa. Observação quanto à aplicação dos juros e da correção monetária, ex vi do disposto na Lei 14.905 de 2024 (e-STJ, fls. 378/379).

Nas razões do presente recurso, UNIMED alegou a violação dos arts. 186, 188, I, e 927, do CC; 4º da Lei n. 9.661/00; e 10 e 12 da Lei n. 9.656/98, ao sustentar, em síntese, **(1)** que não está obrigada ao custeio de tratamento não previsto no rol taxativo da ANS; e **(2)** que não é cabível a condenação por danos morais.

Foram apresentadas as contrarrazões.

É o relatório.

VOTO

A insurgência não merece prosperar.

(1) Do dever de cobertura

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

Restou incontroverso nos autos o diagnóstico que a autora foi diagnosticada com Migrânea Crônica (CID G 43.3) e busca compelir a operadora de plano de saúde a custear o tratamento com Toxina

Botulínica A (TBA), conforme prescrição médica, bem como a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais em razão da recusa de cobertura.

O âmbito da controvérsia principal do recurso consiste em verificar a legalidade da negativa da operadora de plano de saúde, fundamentada na ausência de previsão do tratamento no rol da ANS e no não atendimento das Diretrizes de Utilização (DUTs) previstas na RN nº 428/17, alterada pela RN nº 465/21, tendo em vista que a sentença singular julgou procedente a ação, determinando a cobertura do tratamento prescrito e condenando a ré ao pagamento de danos morais.

Pois bem.

Adianto, desde já, que a decisão recorrida deve ser integralmente mantida, por se encontrar em plena consonância com a legislação aplicável, a jurisprudência consolidada e os princípios que regem as relações consumeristas e contratuais nos planos de saúde.

É de trivial sabença que os contratos de plano de saúde são regidos pelo Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula nº 608 do Egrégio Superior Tribunal de Justiça, que estabelece a sua aplicabilidade, salvo nos casos de autogestão.

Para além disso, nos termos do artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas da forma mais favorável ao consumidor, sobretudo quando envolvem questões de saúde e continuidade do tratamento.

Além disso, o artigo 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor considera abusivas as cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada ou restrinjam seus direitos de forma incompatível com a boa-fé objetiva e a função social do contrato.

Nesse compasso, a operadora de saúde não pode limitar o tratamento prescrito pelo médico que acompanha a paciente com fundamento exclusivo na ausência de previsão no rol da Agência Nacional de Saúde.

Com efeito, tese recursal, que sustenta a legitimidade da negativa de cobertura com base na ausência do tratamento no rol da ANS, não se sustenta, pois a questão dos autos passou a ter novos contornos, notadamente com o advento da Lei nº 14.454/2022, que alterou o art. 10, §12, da Lei nº 9.656/98, cuidando a nova redação de estampar que o rol da ANS é apenas uma referência básica de procedimentos em saúde, in verbis:

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

Lado outro, tem-se também que o argumento referente ao rol de procedimentos da ANS resta enfraquecido diante do decidido pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema 1.082, que estabeleceu que a listagem da ANS possui natureza exemplificativa, ou seja, não exaure todas as possibilidades de tratamentos disponíveis.

Acrescenta-se, por necessário, que a cobertura de tratamentos não incluídos no rol deve ser garantida quando houver recomendação médica fundamentada para o tratamento; o tratamento for eficaz para a condição do paciente; não houver alternativa terapêutica disponível no rol; e o tratamento for reconhecido por órgãos técnicos como eficaz para a doença em questão. No presente caso, todos esses requisitos estão preenchidos. A perícia realizada pelo IMESC, a cargo do Dr. Roberto Fernando de Sá Bittencourt Câmara, confirmou que a “Migrânea Crônica” é uma patologia incapacitante, que compromete a qualidade de vida da paciente e que os tratamentos medicamentosos convencionais não tiveram eficácia no seu caso (fls. 294/305). O Expert, embora tenha concluído de forma desfavorável à dispensação da toxina botulínica para o tratamento da autora, reconheceu que o fármaco apresenta-se como uma alternativa terapêutica viável, tendo proporcionado melhora significativa da sintomatologia da autora. Por outro viés, no caso em apreço, é certo que a própria operadora de saúde custeou o tratamento da autora entre 2017 e janeiro de 2022, o que reforça que não se trata de terapia experimental ou de eficácia duvidosa. Desse modo, não há justificativa plausível para a interrupção abrupta da cobertura de um tratamento que já demonstrou ser eficaz para a paciente e vinha sendo custeado regularmente pela ré. Além disso, precedentes recentes do Tribunal de Justiça de São Paulo reforçam essa tese, destacando que a negativa de cobertura para tratamento indicado por prescrição médica é indevida, pois não cabe à operadora substituir o profissional de saúde na definição da terapia mais adequada ao paciente (e-STJ, fls. 383-385).

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 sobrevivência 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.

(AglInt no REsp 2.023.448/SP, de minha relatoria, Terceira Turma, j. 22/11/2022, DJe 24/11/2022 – sem destaque no original)

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") (AglInt 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 deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS" (REsp n. 1.886.929/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, no ponto, o acórdão impugnado.

(2) Dos danos morais

É assente no STJ que a negativa indevida de cobertura de plano de saúde, por si só, não gera dano moral, devendo-se verificar as peculiaridades do caso concreto, avaliando se a conduta ilícita ultrapassou o mero inadimplemento contratual.

A propósito:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DECISÃO DA PRESIDÊNCIA DO STJ. SÚMULA Nº 182 DO STJ. RECONSIDERAÇÃO. ACÓRDÃO

RECORRIDO. CONTRADIÇÃO. NÃO OCORRÊNCIA. AUSÊNCIA DE AFRONTA AO ART. 1.022 DO CPC/2015. INTERNAÇÃO MÉDICA. URGÊNCIA RECONHECIDA. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA Nº 7 DO STJ. PERÍODO DE CARÊNCIA. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. RECUSA INJUSTIFICADA. SÚMULA Nº 597 DO STJ. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO. SÚMULA Nº 83 DO STJ. AGRAVO INTERNO PROVIDO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

1. A contradição que dá ensejo a embargos de declaração é a interna, isto é, entre proposições do próprio julgado, e não entre o julgado e as razões da parte.

2. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula nº 7 do STJ).

2.1. O Tribunal de origem afirmou que, quando da recusa de internação pelo plano de saúde, o autor se encontrava em estado de emergência médica e que, em tal quadro clínico, foi obrigado a procurar, sem auxílio algum da operadora do plano, leito disponível para atendimento na rede pública de saúde. A alteração das conclusões do julgado demandaria o reexame da matéria fática, o que é vedado em sede de recurso especial.

3. 'A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência

ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24

horas contado da data da contratação' (Súmula nº 597 do STJ).

4. A jurisprudência desta Corte é no sentido de que o mero descumprimento

contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência, segundo entendimento jurisprudencial desta Corte, há configuração de danos morais indenizáveis (AgInt no REsp nº 1.838.679/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 3/3/2020, DJe 25/3/2020). Aplicação da Súmula nº 83 do STJ.

5. Agravo interno a que se dá provimento para reconsiderar a decisão da Presidência desta Corte e negar provimento ao agravo nos próprios autos."

(AgInt no AREsp 1.657.633/SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Quarta Turma, DJe 14/8/2020 – grifou-se)

Quanto ao tema, o acórdão impugnado destacou o seguinte:

Por fim, no que tange ao pleito de indenização por danos morais, verifica-se que a negativa de reembolso, além de indevida, gerou aflição, frustração e angústia, ultrapassando os meros aborrecimentos cotidianos. Ademais, a autora já se encontrava em situação de vulnerabilidade devido à sua condição de saúde.

Por assim ser, inevitável é reconhecer que a conduta da apelante é configuradora da responsabilidade civil versada nos artigos 186 e 927, ambos do Código Civil.

Nos termos do artigo 5º, incisos V e X, da Constituição Federal, o dano moral configura-se diante da violação de direitos da personalidade e deve ser reparado.

Portanto, configurada a falha na prestação do serviço e o consequente dever de indenizar, cabe deliberar acerca do quantum indenizatório, atentando-se à natureza jurídica do instituto e as funções compensatória e punitiva da reparação, bem como os princípios da razoabilidade e proporcionalidade (e-STJ, fl. 385 – sem destaques no original).

Nesse contexto, alterar as conclusões adotadas pela Corte estadual (quanto à afronta a direito da personalidade do autor e à 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.

Nessas condições, **NÃO CONHEÇO** do recurso especial.

MAJORO em 5% o valor dos honorários advocatícios anteriormente fixados em favor de JULIANA, limitados a 20%, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É o voto.

Por oportuno, previno as partes de 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 CPC.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**REsp 2.226.124 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0288057-3

Número de Origem:

10031487520238260590

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

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED DE SANTOS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : AGNALDO LEONEL - SP166731

FÁBIO PEREIRA LEME - SP177996

RECORRIDO : JULIANA SOARES FERREIRA

ADVOGADA : LUCINEIDE SOARES FERREIRA - SP363669

**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 não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrigli, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 22 de setembro de 2025