



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2226635 - SP (2025/0297915-9)

RELATORA : MINISTRA DANIELA TEIXEIRA
RECORRENTE : A A M I S
ADVOGADOS : MARCELO GAIDO FERREIRA - SP208418
LIVIA NOGUEIRA LINHARES PEREIRA PINTO QUINTELLA - SP450711
ANDRÉ MASSIORETO DUARTE - SP368456
RECORRIDO : A M Q
ADVOGADA : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE DEGENERAÇÃO MACULAR. FOTOBIMODULAÇÃO (LUMITHERA VALEDA). NEGATIVA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. ROL DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. LEI N. 14.454/2022. NECESSIDADE DE REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7/STJ. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão que manteve sentença de procedência em ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de reembolso, determinando o custeio do tratamento de fotobiomodulação (Lumithera Valeda) a segurado diagnosticado com degeneração macular relacionada à idade.

O Tribunal de origem entendeu que, havendo prescrição médica expressa e inexistindo comprovação de tratamento eficaz substitutivo pela operadora, não se sustenta a negativa de cobertura, considerando-se a natureza exemplificativa do rol da ANS, nos termos da Lei n. 14.454/2022.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

3. A questão em discussão consiste em verificar se é legítima a recusa de cobertura do tratamento prescrito pelo médico assistente, sob fundamento de ausência do procedimento no rol da ANS.

III. RAZÕES DE DECIDIR

4. O STJ firmou entendimento, em sede de recurso repetitivo, de que o rol da ANS é, em regra, taxativo, admitindo-se, contudo, mitigação em hipóteses excepcionais, quando demonstrada a indicação médica, inexistência de tratamento eficaz já incorporado e comprovação de eficácia do procedimento (EREsp n. 1.886.929/SP e EREsp n. 1.889.704/SP, Segunda Seção, julgados em 8/6/2022).

5. A Lei n. 14.454/2022 positivou esse entendimento, reconhecendo a natureza exemplificativa do rol da ANS e

estabelecendo critérios para custeio de procedimentos não previstos.

6. O Tribunal de origem, com base nas provas dos autos, concluiu pela imprescindibilidade do tratamento indicado, ressaltando a ausência de demonstração, pela operadora, de alternativa terapêutica igualmente eficaz, decisão que se coaduna com a jurisprudência desta Corte (AgInt no REsp n. 2.140.939/SP, relator Ministro Humberto Martins, DJe de 9/10/2024).

7. A pretensão recursal exige o reexame do conjunto probatório e das cláusulas contratuais, providência vedada em recurso especial, a teor das Súmulas 5 e 7 do STJ.

8. O acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte, incidindo, ainda, o óbice da Súmula 83/STJ (AgInt no REsp n. 2.107.484/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 5/6/2024).

IV. DISPOSITIVO

9. 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 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 2226635 - SP (2025/0297915-9)

RELATORA : MINISTRA DANIELA TEIXEIRA
RECORRENTE : A A M I S
ADVOGADOS : MARCELO GAIDO FERREIRA - SP208418
LIVIA NOGUEIRA LINHARES PEREIRA PINTO QUINTELLA - SP450711
ANDRÉ MASSIORETO DUARTE - SP368456
RECORRIDO : A M Q
ADVOGADA : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE DEGENERAÇÃO MACULAR. FOTOBIMODULAÇÃO (LUMITHERA VALEDA). NEGATIVA DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. ROL DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. LEI N. 14.454/2022. NECESSIDADE DE REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7/STJ. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão que manteve sentença de procedência em ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de reembolso, determinando o custeio do tratamento de fotobiomodulação (Lumithera Valeda) a segurado diagnosticado com degeneração macular relacionada à idade.

O Tribunal de origem entendeu que, havendo prescrição médica expressa e inexistindo comprovação de tratamento eficaz substitutivo pela operadora, não se sustenta a negativa de cobertura, considerando-se a natureza exemplificativa do rol da ANS, nos termos da Lei n. 14.454/2022.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

3. A questão em discussão consiste em verificar se é legítima a recusa de cobertura do tratamento prescrito pelo médico assistente, sob fundamento de ausência do procedimento no rol da ANS.

III. RAZÕES DE DECIDIR

4. O STJ firmou entendimento, em sede de recurso repetitivo, de que o rol da ANS é, em regra, taxativo, admitindo-se, contudo, mitigação em hipóteses excepcionais, quando demonstrada a indicação médica, inexistência de tratamento eficaz já incorporado e comprovação de eficácia do procedimento (EREsp n. 1.886.929/SP e EREsp n. 1.889.704/SP, Segunda Seção, julgados em 8/6/2022).

5. A Lei n. 14.454/2022 positivou esse entendimento, reconhecendo a natureza exemplificativa do rol da ANS e

estabelecendo critérios para custeio de procedimentos não previstos.

6. O Tribunal de origem, com base nas provas dos autos, concluiu pela imprescindibilidade do tratamento indicado, ressaltando a ausência de demonstração, pela operadora, de alternativa terapêutica igualmente eficaz, decisão que se coaduna com a jurisprudência desta Corte (AgInt no REsp n. 2.140.939/SP, relator Ministro Humberto Martins, DJe de 9/10/2024).

7. A pretensão recursal exige o reexame do conjunto probatório e das cláusulas contratuais, providência vedada em recurso especial, a teor das Súmulas 5 e 7 do STJ.

8. O acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte, incidindo, ainda, o óbice da Súmula 83/STJ (AgInt no REsp n. 2.107.484/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 5/6/2024).

IV. DISPOSITIVO

9. Recurso especial não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo assim ementado (e-STJ fl. 278):

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Sentença de procedência. Segurado diagnosticado com degeneração macular relacionada à idade. Indicação médica para o procedimento de Fotobiomodulação (Lumithera Valeda) Inconformismo. Negativa de cobertura. Impossibilidade. A eleição da melhor terapêutica está sob a responsabilidade do médico e não do plano de saúde. Súmula 96 do TJSP. Taxatividade do rol da ANS reconhecida pelo Superior Tribunal de Justiça afastada ante a aplicação da Lei 14.454, de 21 de setembro de 2.022. Rol da ANS que tem natureza exemplificativa. Requerida que não comprovou a existência de tratamento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol a afastar o tratamento prescrito pelo médico assistente. Abusividade caracterizada. Dever de custeio do tratamento. Inteligência do artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor. Reembolso integral do valor despendido pela parte autora. Sentença mantida. Recurso desprovido.

Segundo a parte recorrente, o recurso preenche os requisitos necessários ao conhecimento e provimento.

Intimada nos termos do art. 1.042, § 3º, do Código de Processo Civil, a parte recorrida afirmou a inexistência de requisitos ou elementos aptos a promover a alteração do julgado impugnado (e-STJ fls. 313/314).

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).

Entretanto, o recurso não merece ser conhecido.

O acórdão recorrido decidiu a controvérsia com análise das provas e interpretação contratual adequadas ao caso concreto. Cito trechos relevantes da referida decisão (e-STJ fls. 277/285):

Ressalte-se, desde logo, que o contrato celebrado entre as partes se submete às regras da Lei nº 8.078/90, consoante o disposto na Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, a saber:

"Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47), caracterizando-se abusivas aquelas que o coloquem em desvantagem exagerada ou que sejam incompatíveis com a boa-fé e a equidade (art. 51, IV).

Os relatórios médicos acostados a fls. 52/53 e 54 indica que o autor foi diagnosticado com degeneração macular relacionada à idade, sendo indicada a realização do procedimento de Fotobiomodulação (Lumithera Valeda), por ser a única terapia disponível para o caso do paciente.

A requerida fundamenta sua negativa sob o argumento de que o contrato firmado não prevê cobertura para o procedimento solicitado, por não se enquadrarem no rol de cobertura mínima da ANS.

No caso em análise, restou demonstrada a necessidade do procedimento indicado, nos termos do relatório médico, e havendo prescrição médica, configura-se a ilicitude da negativa de cobertura do plano de saúde, como ocorre na presente situação.

Nessa esteira, não pode prevalecer a recusa da apelante, porquanto compete ao médico indicar o tratamento mais adequado e eficiente ao seu paciente. Havendo cobertura para a patologia, o tratamento deve ser fornecido.

Já se manifestou o E. Superior Tribunal de Justiça neste sentido:

[...]

Ora, não se pode olvidar que a Ciência e o Direito caminham e evoluem em conjunto, de sorte que admitir absoluta vinculação às diretrizes da agência reguladora equivaleria privar os consumidores dos avanços da ciência médica, esvaziando-se, assim, o conteúdo do contrato, o que não se pode admitir.

A operadora sequer se deu ao trabalho de indicar alternativa igualmente eficaz e inserida no referido rol, para o tratamento da grave doença da segurada, como indicado no ERESP 1.886.929/SP e ERESP 1.889.704/SP, bem como no art. 10, §13, da Lei 9.656/98 (incluído pela Lei nº 14.454/2022).

Portanto, diante da expressa indicação médica e havendo cobertura contratual para a enfermidade que acomete o autor, não há que ser negado o custeio do procedimento prescrito. E, nestas condições, inaplicável a limitação do rol de procedimentos da ANS. Tal listagem não é taxativa, como fora reconhecido na Lei nº 14.454/2022, ela apenas exemplifica o mínimo obrigatório a ser assegurado aos beneficiários de planos de saúde.

[...]

Assim, não havendo provas nos autos de que havia outras opções de tratamento se não a indicada, restou demonstrada a necessidade do exame prescrito.

Por último, tratando-se de contrato de prestação de serviços médico-hospitalares, existe um núcleo imodificável nessa relação jurídica que é justamente a finalidade pretendida pelas partes, qual seja, a preservação da saúde física e mental do conveniado.

No mais, em se tratando de custeio ou reembolso de procedimentos terapêuticos e cirúrgicos, é entendimento desta Colenda Câmara, que o tratamento deve se dar em rede referenciada, desde que seja feito nos estritos termos da prescrição médica. Inexistindo o serviço a ser fornecido como prescrito, a seguradora deve reembolsar integralmente o tratamento efetuado na rede particular. Optando o segurado pela rede particular quando houver lhe sido disponibilizado rede referenciada, os reembolsos serão feitos nos limites do contrato, desde que haja cláusula de reembolso.

Com efeito, é razoável que o usuário utilize a rede credenciada disponível na área de cobertura, em detrimento de médicos ou hospitais particulares, salvo os casos em que houver urgência/emergência e não esteja disponível no local um dos representantes do plano contrato.

Assim, não comprovando a requerida que oferece o tratamento prescrito na sua rede credenciada, indicando locais e profissionais especializados em tal tratamento, deverá arcar integralmente com os custos do tratamento prescrito. Havendo tratamento na rede credenciada, e optando a parte por efetuar o tratamento em clínica não credenciada, o reembolso se dará nos limites do contrato. Assim, não comprovando a requerida que a clínica não pertença a sua rede credenciada, deverá arcar integralmente com os custos do tratamento prescrito, reembolsando a totalidade dos valores dispendidos pela parte autora, corrigidos monetariamente pela Tabela Prática do Tribunal de Justiça de São Paulo desde o desembolso e com juros de mora de 1% ao mês a partir da citação.

Previno às partes que a interposição de embargos de declaração contra esta decisão poderá acarretar sua condenação à penalidade fixada no artigo 1.026, §2º do CPC, caso sejam declarados manifestamente inadmissíveis, protelatórios ou improcedentes.

De qualquer modo, para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida. (EDROMS 18205/SP, Ministro FELIX FISCHER, DJ 08.05.2006).

Ante o exposto, por meu voto, NEGO PROVIMENTO ao recurso e elevo os honorários advocatícios devidos à parte autora para 20% do valor da condenação atualizado, nos termos do artigo 85, §11 do CPC.

A pretensão do recurso especial da operadora do plano de saúde é de ver afastada a sua responsabilidade relativas à cobertura de tratamento médico por plano de saúde, especificamente sobre a fotobiomodulação - Lumithera Valeda, para um segurado diagnosticado com degeneração macular relacionada à idade.

A controvérsia central residiu na interpretação das normas que regulam a cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS, diante da aplicação da Lei nº 14.454/2022, que reconhece a natureza exemplificativa do rol da ANS (e-STJ fls. 265/269).

Nesse ponto, a Corte Estadual, competente para análise aprofundada do material probatório dos autos bem como das cláusulas contratuais do plano de saúde, destacou que a eleição da melhor terapêutica está sob a responsabilidade do médico e não do plano de saúde, e que a negativa de cobertura não se sustenta, pois não há prova de tratamento substituto igualmente eficaz (e-STJ fls. 268/269).

Sobre as controvérsias em questão, 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.

Consoante ao exposto, o Tribunal *a quo*, competente para análise do material probatório dos autos, bem como das cláusulas contratuais do plano de saúde, após a devida instrução processual, nos termos da descrição transcrita, entendeu pela presença de provas que demonstram o preenchimento dos requisitos legais para a concessão do tratamento com base em fundamento aderente à jurisprudência desta Corte Superior.

Assim, 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. Neste sentido:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE COBERTURA. TRATAMENTO MÉDICO. INFARTO. URGÊNCIA. PROCEDIMENTO. TRANSCATETER. HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA Nº 568/STJ. REVISÃO DE PROVAS. SÚMULA Nº 7/STJ. DANO MORAL. ABALO. AGRAVAMENTO. DOR. PRECEDENTES. SÚMULA Nº 83/STJ.

1. O acórdão recorrido está em harmonia com a orientação firmada na Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios, conforme determinação no julgamento dos EREsps nºs 1.886.929/SP e 1.889.704/SP. Súmula nº 568/STJ.

2. Na hipótese, o acolhimento da pretensão recursal, no que diz respeito ao atendimento dos critérios de mitigação da natureza do Rol da ANS, demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório dos autos, procedimento inviável ante a natureza excepcional da via eleita, ante o óbice da Súmula nº 7/STJ.

3. A recusa indevida, pela operadora de plano de saúde, de autorizar tratamento médico de urgência ou de emergência enseja reparação a título de danos morais, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já abalado e com a saúde debilitada. Súmula nº 83/STJ.

4. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp n. 2.107.484/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 3/6/2024, DJe de 5/6/2024 - grifos acrescidos.)

Acrescento que o posicionamento do Tribunal de origem amolda-se às orientações jurisprudenciais desta Corte sobre a obrigatoriedade de custeio dos tratamentos de relacionados ao diagnóstico de degeneração macular. Vejamos:

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO DE AUTOGESTÃO FIRMADO ANTES DA LEI N. 9.656/1998. RECUSA DE COBERTURA DE TRATAMENTO PRESCRITO PARA DEGENERÇÃO MACULAR. CLÁUSULA LIMITATIVA. FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO. PRESCRIÇÃO MÉDICA E PREVISÃO EM ROL DA ANS. IMPOSSIBILIDADE DE REEXAME DE PROVAS. SÚMULAS 5, 7 E 83 DO STJ. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo em recurso especial interposto por operadora de plano de saúde sob regime de autogestão, contra decisão que inadmitiu recurso especial manejado com fundamento no art. 105, III, "a", da Constituição Federal, visando afastar a obrigação de custear tratamento com medicamento Elya (Aflibercept), prescrito para degeneração macular. A Corte estadual reconheceu a abusividade da cláusula contratual que excluía o tratamento, acolheu a tese da imprescindibilidade da medicação prescrita e afirmou a função social do contrato de assistência à saúde.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é legítima a recusa de cobertura de tratamento prescrito por médico assistente, em contrato de plano de saúde anterior à Lei n. 9.656/1998 e sob a forma de autogestão; e (ii) verificar se o recurso especial pode ser conhecido diante da necessidade de reexame de cláusulas contratuais e provas, além da existência de jurisprudência consolidada do STJ. III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O contrato de plano de saúde firmado sob a forma de autogestão não se submete ao Código de Defesa do Consumidor, conforme a Súmula 608 do STJ.

4. A declaração de inconstitucionalidade de dispositivos da Lei n. 9.656 /1998 (ADI 1.931/DF) impede sua aplicação retroativa a contratos anteriores, mas não afasta o dever de observância à função social do contrato e à vedação de cláusulas abusivas.

5. A recusa de cobertura para tratamento prescrito por médico assistente, constante no rol da ANS e registrado na Anvisa, revela afronta à função social do contrato e à boa-fé objetiva, mesmo em contratos anteriores à lei e de autogestão.

6. A cláusula contratual que limita o tipo de tratamento necessário à cura de doença coberta é considerada abusiva e nula de pleno direito, segundo jurisprudência reiterada do STJ.

7. A reforma do acórdão implicaria reexame do conjunto fático-probatório e das cláusulas contratuais, o que atrai os óbices das Súmulas 5 e 7 do STJ.

8. A decisão do Tribunal de origem está em conformidade com precedentes firmados pelas Turmas de Direito Privado do STJ, incidindo também o óbice da Súmula 83/STJ.

IV. DISPOSITIVO

9. Recurso não conhecido.

(AREsp n. 2.866.710/DF, relatora Ministra Daniela Teixeira, Terceira Turma, julgado em 23/6/2025, DJEN de 26/6/2025.)

Por fim, "as operadoras de planos de saúde podem limitar as doenças a serem cobertas pelo contrato, mas não podem limitar os tipos de procedimentos a serem prescritos para o tratamento da enfermidade" (AgInt no REsp n. 2.140.939/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 7/10/2024, DJe de 9/10/2024).

Ante o exposto, **não conheceu** ao Recurso Especial.

Mantenho o percentual de honorários sucumbenciais anteriormente fixados, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

REsp 2.226.635 / SP

PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2025/0297915-9

Número de Origem:

00162751820238260002

10360267120238260002

162751820238260002

16275182023826000210360267120238260002

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 : A A M I S

ADVOGADOS : MARCELO GAIDO FERREIRA - SP208418

ANDRÉ MASSIORETO DUARTE - SP368456

**LIVIA NOGUEIRA LINHARES PEREIRA PINTO QUINTELLA -
SP450711**

RECORRIDO : A M Q

ADVOGADA : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

**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 da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, 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