



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2228566 - SP (2025/0303749-1)

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
RECORRENTE : SÃO LUCAS SAÚDE S/A
ADVOGADO : BRUNO TEIXEIRA MARCELOS - SP472813
RECORRIDO : RALPH JOHNNATAN NOGUEIRA
ADVOGADOS : ISABELA GASPARINI - SP527601
MARIANA GASPARINI RODRIGUES - SP268989

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. 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. 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 07/10/2025 a 13/10/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 14 de outubro de 2025.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2228566 - SP (2025/0303749-1)

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
RECORRENTE : SÃO LUCAS SAÚDE S/A
ADVOGADO : BRUNO TEIXEIRA MARCELOS - SP472813
RECORRIDO : RALPH JOHNNATAN NOGUEIRA
ADVOGADOS : ISABELA GASPARINI - SP527601
MARIANA GASPARINI RODRIGUES - SP268989

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. 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. Recurso especial não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por SÃO LUCAS SAÚDE S/A.(SÃO LUCAS), com fundamento no art. 105, III, alínea *a*, da CF, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, da relatoria do Des. J.L. MÔNACO DA SILVACHIUVITE JÚNIOR, assim ementado:

AGRAVO INTERNO - Interposição contra decisão do relator que negou seguimento ao recurso - Inconformismo - Desacolhimento - Agravado que foi diagnosticado com doença denominada "mielite transversa com déficit esfíncteriano e incontinência urinária súbita", comprovou a necessidade de realização dos exames prescritos, para investigação de sua doença e possibilidade de tratamento eficaz - Negativa de cobertura abusiva - Aplicação da Súmula 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça e das Súmulas 95 e 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça, sendo a última, embora originalmente voltada ao tratamento de enfermidades, é pertinente à cobertura de exames médicos, dada a sua natureza correlata no contexto - Decisão mantida - Pretensão que é manifestamente improcedente - Aplicação de multa de 5% sobre o valor atualizado da causa - Inteligência do art. 1.021, § 4º, do Código de Processo Civil - Recurso desprovido com imposição de multa (e-STJ, fl. 331).

Nas razões do presente recurso, SÃO LUCAS alegou a violação do art. 10 da Lei n. 9.656/98, ao sustentar, em síntese, que não está obrigada ao custeio de tratamento não previsto no rol taxativo da ANS

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:

A decisão hostilizada foi proferida nestes termos:

"Nego seguimento ao recurso.

Registro que a presente decisão monocrática tem respaldo no art. 168, § 3º, c.c. o art. 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo.

É caso de ratificar os fundamentos da r.

sentença apelada, proferida nos seguintes termos:

"Alega o autor, em síntese, ser beneficiário do plano de saúde prestado pela ré, tendo sido diagnosticado como portador da doença denominada "mielite transversa com déficit isfincteriano com incontinência urinária súbita, ", tendo o profissional médico que o assiste lhe prescrito alguns exames, a fim de investigar a doença para poder combatê-la; afirmou que os exames denominados "ANTICORPOS ANTI MOG E IMONOGLOBULINA IGG (LIQUOR)" foram negados pelo plano, por não atender critérios para autorização; defendeu a obrigatoriedade de a ré em autorizar os exames mencionados, sem quaisquer ônus;

pugnou, assim, pela procedência do pedido, com a condenação da ré na obrigação de fazer consistente em autorizar e cobrir os exames prescritos, tendo formulado, ainda, pedido de antecipação dos efeitos da tutela.

A decisão proferida a pgs. 62/63 deferiu o pleito antecipatório.

Regularmente citada, a ré apresentou defesa sob forma de contestação (pgs. 98/110) na qual, não suscitadas preliminares, afirmou que os exames em apreço, além de possuírem alto custo, não possui pertinência técnica no tocante à doença do autor, de modo que não possui ela o dever legal de realização; pugnou, assim, pela improcedência dos pedidos iniciais.

Réplica a pgs. 182/195.

Foi deferido o encaminhamento do caso ao NAT JUS, aos autos aportando a nota técnica de pgs. 255/257, manifestando-se as partes.

Encerrada a instrução, as partes apresentaram razões finais às pgs. 268 e 269/271.

É O RELATÓRIO. DECIDO.

Não suscitadas quaisquer preliminares, sigo com o exame do “meritum causae”.

Busca-se através da presente demanda, compelir a ré a autorizar o custear os exames denominados "ANTICORPOS ANTI MOG E IMONOGLOBULINA IGG LIQUOR ", em razão de ter sido o requerente diagnosticado com mielite transversa cm déficit esfíncteriano com incontinência urinária súbita (CID - G37.3/G35.0), nos moldes prescritos (pgs. 20/23).

Fixo a premissa de que a relação contratual estabelecida pelos litigantes é nitidamente de natureza consumerista, de modo que a ela incidem os preceitos de ordem pública e interesse social esculpidos no Código de Defesa do Consumidor, à luz dos quais passo ao exame das pretensões formuladas.

Pois bem, o autor comprovou a necessidade de realização dos exames prescritos, para investigação de sua doença e possibilidade de tratamento eficaz.

Outrossim, demonstrou se conveniente à ré, a qual negou autorização dos exames pleiteados, prescritos pelo profissional médico especialista que o assiste.

Impõe-se, assim, analisar se a aludida recusa se revelou ou não legítima.

Bate-se a ré na legitimidade da recusa, afirmando que se trata de exames que não apresentam eficácia para o quadro de saúde apresentado pelo autor.

Ora, no contrato havido entre os litigantes, não existe cláusula de exclusão expressa de cobertura, unívoca e categórica, no tocante aos exames em apreço.

E conquanto seja admissível a inserção de cláusulas de exclusão em contratos de prestação de serviços médico-hospitalares, as mesmas devem ser escritas de maneira destacada, em termos compreensíveis ao consumidor, devendo ser redigidas de maneira expressa, o que não se verifica “in casu”.

Ademais, a recusa manifestada pela ré afronta a própria essência da avença e a sua função social, na medida em que subtrairá do autor, a possibilidade de ser tratado do mal que o acomete e que coloca em risco sua vida.

Ainda, o autor, beneficiário do plano de saúde fornecido pela ré, possuía a justa expectativa de que, no momento de sua vida em que mais necessitava dos serviços prestados pela ré, em razão da grave patologia que o acometia, não lhe seriam opostos óbices à investigação e ao tratamento de que necessitava.

Entrementes, esta justa expectativa não se concretizou, transmudando-se em frustração, na medida em que houve a recusa da ré quanto à autorização do tratamento que lhe fora prescrito.

Ademais, a Nota Técnica nº 0132/2024 - NAT- JUS/SP, de pgs, 255/257, apresentou parecer favorável à realização dos exames para o quadro da doença que acomete o

autor, com justificativa médica e dados técnicos no que tange à eficácia de referidos exames.

Nessa senda, a pretensão inicial de obrigação de fazer comporta cabal Acolhimento.

Diante de tudo quanto exposto e pelo mais que dos autos consta JULGO PROCEDENTE o pedido formulado pelo autor e, consequentemente, JULGO EXTINTO O PROCESSO COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO, forte no artigo 487, inciso I, do CPC, fazendo-o para CONDENAR a ré na obrigação de fazer, consistente na autorização e realização dos exames pleiteados pelo autor, quais sejam: ANTICORPOS ANTI MOG E IMONOGLOBULINA IGG LIQUOR, CONFIRMANDO A DECISÃO QUE ANTECIPOU OS EFEITOS DA TUTELA, TORNANDO-A DEFINITIVA.

CONDENO ainda a requerida no pagamento das custas e despesas processuais eventualmente despendidas pelo autor, bem como em honorários advocatícios que ora arbitro em 15% sobre o valor atualizado da causa" fls. 273 /275.

E mais, o autor, portador de mielite transversa com déficit esfíncteriano e incontinência urinária súbita, necessitava da realização dos exames de anticorpos anti- MOG e imunoglobulina IgG líquido (fls. 20/23). A Nota Técnica n. 0132/2024 NAT-JUS/SP (fls. 255/257) emitiu parecer favorável à sua realização, o que demonstra que a reivindicação inicial não é uma aventura jurídica.

Portanto, é mesmo abusiva a negativa de realização do exame pretendido.

Além disso, incidem na espécie os enunciados da Súmula 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça e das Súmulas 95 e 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça, sendo a última, embora originalmente voltada ao tratamento de enfermidades, é pertinente à cobertura de exames médicos, dada a sua natureza correlata no contexto.

Outrossim, se a doença possui cobertura, não há justificativa para negar a realização dos exames prescritos pelo médico, com base em alegações de que tais exames carecem de eficácia comprovada, o que representaria uma limitação contratual na cobertura pretendida. Entendimento contrário implicaria negar a própria finalidade do contrato, que é assegurar a vida e a saúde da paciente (e-STJ, fls. 332/336, sem destaques no original).

O entendimento dominante nesta Corte é de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, procedimento ou material imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário.

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

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

Vejam-se, a propósito, os seguintes precedentes:

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

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

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

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

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

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

6. A restrição ao custeio pelo plano de saúde de tratamento de emagrecimento circunscreve-se somente aos de cunho estético ou rejuvenescedor, sobretudo os realizados em SPA, clínica de repouso ou estância hidromineral (arts. 10, IV, da Lei nº 9.656/1998 e 20, § 1º, IV, da RN ANS nº 387/2015), não se confundindo com a terapêutica da

obesidade mórbida (como a internação em clínica médica especializada), que está ligada à saúde vital do paciente e não à pura redução de peso almejada para se obter beleza física.

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

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

9. Havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à 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.

(AgInt 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") (AgInt no AREsp 1.713.784/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 15/3/2021, DJe 7/4/2021).

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

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

4. Cumpre observar os seguintes parâmetros objetivos para admitir, em hipóteses excepcionais e restritas, o afastamento das limitações contidas na lista da ANS: "1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem desl ocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS" (EREsp n. 1.886.9 2 9/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022).

5. Agravo interno a que se nega provimento.

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

Não merece reforma, no ponto, o acórdão impugnado.

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

Inaplicável a majoração dos honorários recursais.

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 2.228.566 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0303749-1

Número de Origem:

00043108920238260019

10038005920238260019

43108920238260019

4310892023826001910038005920238260019

Sessão Virtual de 07/10/2025 a 13/10/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. LINDÔRA MARIA ARAÚJO

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : SÃO LUCAS SAÚDE S/A

ADVOGADO : BRUNO TEIXEIRA MARCELOS - SP472813

RECORRIDO : RALPH JOHNNATAN NOGUEIRA

ADVOGADOS : MARIANA GASPARINI RODRIGUES - SP268989

ISABELA GASPARINI - SP527601

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 07/10/2025 a 13/10/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Brasília, 13 de outubro de 2025