



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2239607 - MT(2025/0404766-0)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
RECORRENTE : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
ADVOGADOS : BRUNA BRITO DO NASCIMENTO - CE036990
ISABELLE DUARTE SANTOS - CE043300
ANDRE MENESCAL GUEDES - SP324495
YURI SILVA CARDOSO - MA024139
RECORRIDO : ROSENEIDE DE QUEIROZ DUARTE LAVORATTI
ADVOGADO : ANDRE PELLIZZONI VERAS GADELHA - MT018545

EMENTA

CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO ACOMETIDO POR DOENÇA GRAVE (ANEURISMA CEREBRAL). INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR PROPORCIONAL. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento dos EREsp 1.925.051/SP, de relatoria do Ministro João Otávio de Noronha, julgado em 18/4/2024, decidiu que, "*comprovado o preenchimento dos critérios para flexibilização do rol da ANS definidos na nova lei, cabe ao plano de saúde fornecer tratamento não previsto no rol da ANS*". Incidência da Súmula 83 do STJ.

2. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura, por parte da operadora do plano de saúde, para o tratamento do segurado, causando-lhe abalo emocional, esta Corte Superior admite a caracterização de dano moral, não se tratando de mero aborrecimento. Precedentes.

3. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente deve ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da recusa em autorizar o procedimento médico objeto da lide.

4. Recurso especial a que se nega provimento.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 11 de fevereiro de 2026.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2239607 - MT (2025/0404766-0)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
RECORRENTE : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.
ADVOGADOS : BRUNA BRITO DO NASCIMENTO - CE036990
ISABELLE DUARTE SANTOS - CE043300
ANDRE MENESCAL GUEDES - SP324495
YURI SILVA CARDOSO - MA024139
RECORRIDO : ROSENEIDE DE QUEIROZ DUARTE LAVORATTI
ADVOGADO : ANDRE PELLIZZONI VERAS GADELHA - MT018545

EMENTA

CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO ACOMETIDO POR DOENÇA GRAVE (ANEURISMA CEREBRAL). INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR PROPORCIONAL. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento dos EREsp 1.925.051/SP, de relatoria do Ministro João Otávio de Noronha, julgado em 18/4/2024, decidiu que, "*comprovado o preenchimento dos critérios para flexibilização do rol da ANS definidos na nova lei, cabe ao plano de saúde fornecer tratamento não previsto no rol da ANS*". Incidência da Súmula 83 do STJ.

2. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura, por parte da operadora do plano de saúde, para o tratamento do segurado, causando-lhe abalo emocional, esta Corte Superior admite a caracterização de dano moral, não se tratando de mero aborrecimento. Precedentes.

3. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente deve ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da recusa em autorizar o procedimento médico objeto da lide.

4. Recurso especial a que se nega provimento.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.**, fundamentado no art. 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo eg. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, assim ementado:

"DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO MÉDICO ESPECÍFICO PARA

TRATAMENTO DE ANEURISMA CEREBRAL. ABUSIVIDADE CONFIGURADA. DANOS MORAIS CARACTERIZADOS. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em exame:

1. Recurso de apelação interposto por operadora de plano de saúde contra sentença que julgou procedentes os pedidos da autora, determinando a cobertura integral de procedimento de embolização de aneurisma cerebral com uso de stent intracraniano redirecionador de fluxo, conforme prescrição médica, além de condenação por danos morais.

II. Questão em discussão:

2. A questão em discussão consiste em saber se: (i) é abusiva a negativa de cobertura do procedimento específico prescrito pelo médico assistente, sob alegação de existência de tratamento alternativo; (ii) se a conduta da operadora enseja reparação por danos morais.

III. Razões de decidir:

3. As relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde estão submetidas ao Código de Defesa do Consumidor, conforme Súmula 608 do STJ e artigo 35-G da Lei 9.656/1998, devendo suas cláusulas evitar desequilíbrios contratuais.

4. É abusiva a negativa de cobertura do procedimento prescrito pelo médico assistente quando comprovada sua necessidade para o tratamento de doença coberta pelo contrato, sendo o rol da ANS de natureza exemplificativa, conforme Tema 1.082/STJ.

5. No caso concreto, restou demonstrado que a paciente foi diagnosticada com aneurisma cerebral de grande porte, com risco de ruptura, sendo prescrito procedimento endovascular com stent redirecionador de fluxo por ser técnica mais moderna, menos invasiva e mais segura para as características específicas do aneurisma.

6. A recusa injustificada em custear tratamento vital, impondo à paciente angústia, risco de agravamento e insegurança quanto à continuidade de sua vida, ultrapassa o mero aborrecimento e configura dano moral indenizável, tendo o valor fixado atendido aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

IV. Dispositivo e tese:

7. Recurso de apelação desprovido, mantendo-se a sentença em todos os seus termos.

Tese de julgamento:

'1. É abusiva a negativa de cobertura de procedimento médico específico prescrito para tratamento de doença coberta pelo plano de saúde, ainda que sob alegação de existência de tratamento alternativo. 2. A recusa injustificada de cobertura de tratamento médico essencial à preservação da saúde do beneficiário configura dano moral indenizável.' (e-STJ, fls. 482-483)

Não foram opostos embargos de declaração.

Em seu recurso especial, a parte recorrente alega violação dos seguintes dispositivos da legislação federal, com as respectivas teses:

(i) art. 10, § 4º, da Lei 9.656/1998, pois a negativa de cobertura é legítima quando o procedimento médico não consta do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar ou não atende às diretrizes de utilização, podendo a operadora do plano de saúde, inclusive, valer-se de junta médica para dirimir divergência técnica;

(ii) art. 22 da Lei 9.656/1998, porque a condenação ao custeio de procedimento não previsto contratual e legalmente acarretou desequilíbrio econômico-financeiro, contrariando a regulação setorial e os parâmetros de auditoria e cálculo atuarial exigidos;

(iii) arts. 186 e 927 do Código Civil, porquanto não houve ato ilícito nem dano moral indenizável, tratando-se, quando muito, de controvérsia contratual sem demonstração de abalo a direitos da personalidade.

Foram apresentadas contrarrazões (e-STJ, fl. 517-541).

É o Relatório.

VOTO

A irresignação não prospera.

Na origem, cuida-se de ação de obrigação de fazer proposta por ROSENEIDE DE QUEIROZ DUARTE LAVORATTI, diagnosticada com **aneurisma cerebral de grande porte com risco de ruptura**, a fim de compelir a operadora do plano de saúde a custear procedimento indicado por médico assistente (cirurgia endovascular para embolização com uso de stent intracraniano redirecionador de fluxo).

Ao apreciar a controvérsia em sede de apelação interposta por HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A., o Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso (TJ-MT) manteve a sentença de procedência dos pedidos autorais, por entender ter sido abusiva a negativa de cobertura fundamentada na limitação contratual e na existência de outro método preferencial (cirurgia aberta ou embolização com molas).

Na ocasião, o TJ-MT concluiu pela necessidade e pela urgência do tratamento pleiteado pela parte autora, o qual, aliás, é considerado mais seguro e moderno, além de menos invasivo, se comparado com o procedimento indicado pela operadora do plano saúde.

Por oportuno, transcreve-se excerto do acórdão recorrido:

"Da análise dos autos entendo que o recurso não merece provimento.

O cerne da insurgência recursal consiste em sustentar que o contrato celebrado prevê tratamento diverso daquele pleiteado, inexistindo obrigatoriedade de cobertura do material específico indicado pelo médico assistente, e que a negativa pautou-se em critérios técnicos e contratuais.

Prefacialmente, registro que, as relações estabelecidas por meio de contratos de plano de saúde, objeto dos autos, estão abrangidas pelo Código de Defesa do Consumidor, consoante se depreende da Súmula n.º 608 do E. Superior Tribunal de Justiça e do artigo 35-G da Lei 9.656 de 1998, devendo suas cláusulas obedecer às regras dispostas na legislação consumerista, de modo a evitar eventuais desequilíbrios entre as partes, especialmente em virtude da hipossuficiência do consumidor em relação ao prestador dos serviços de saúde.

Não obstante a irresignação do plano de saúde, sobre o tema, convém destacarmos o entendimento jurisprudencial externados pelos nossos Tribunais, de que é obrigação do plano de saúde fornecer o tratamento prescrito por médico, garantindo todos os meios de tratamento na busca da cura do segurado. Vejamos:

(...)

Ainda, é de se registrar que no caso concreto não se discute a validade do contrato entabulado entre as partes, mas sim a conduta da apelante ao negar o tratamento/procedimento cirúrgico prescrito pelo médico da apelada.

No caso em exame, restou incontroverso que a autora é beneficiária do plano de saúde da apelante e que foi diagnosticada com aneurisma cerebral de grande porte, com risco de ruptura, circunstância que impõe urgência no tratamento. O médico de confiança da paciente prescreveu procedimento endovascular com uso de stent redirecionador de fluxo, por ser técnica mais

moderna, menos invasiva e mais segura, dadas as características anatômicas do aneurisma.

A negativa da operadora, fundada em restrição contratual e preferência por outro método (cirurgia aberta ou embolização com molas), mostra-se abusiva, pois transfere ao consumidor o ônus de se submeter a técnica menos indicada ao seu caso, segundo avaliação fundamentada de especialista, colocando em risco a sua saúde e vida.

O Superior Tribunal de Justiça já firmou entendimento de que o rol da ANS é de natureza exemplificativa e não taxativa, de modo que a operadora não pode recusar cobertura a tratamento indicado por médico assistente se este for essencial à preservação da saúde ou da vida do paciente (Tema 1.082/STJ, R Esp 1.886.929/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, DJe 03/08/2022).

Comprovada a necessidade do procedimento e a urgência da intervenção, a negativa se revela indevida, configurando falha na prestação do serviço e violação aos arts. 6º, I, e 14 do CDC." (e-STJ, fls. 467-468)

Irresignada, a operadora do plano de saúde interpôs recurso especial, sob a justificativa de que, no tocante à intervenção médica requerida, não há previsão de cobertura obrigatória pela ANS.

Não se desconhece o entendimento firmado pela eg. Quarta Turma, por ocasião do julgamento do REsp 1.733.013/PR (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, j. em 10/12/2019, DJe de 20/2/2020), acerca da limitação da responsabilidade das operadoras do plano de saúde em face do rol de procedimentos mínimos e obrigatórios da ANS. Todavia, o voto condutor do mencionado julgamento ressalva a possibilidade de, em situações excepcionais, reconhecidas em decisão fundamentada, ser possível que o juízo determine o fornecimento de cobertura considerada imprescindível.

Nesse mesmo sentido, posteriormente, a Segunda Seção do STJ, por ocasião do julgamento dos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (Relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgados em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022), reafirmou o entendimento acima delineado, fixando as seguintes premissas que devem orientar a análise da controvérsia acerca da cobertura de tratamentos médicos pelos planos de saúde:

"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 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."

Logo em seguida, foi editada a Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022, que dispôs sobre a alteração da Lei 9.656/98, para prever a possibilidade de cobertura de tratamentos não contemplados pelo rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, prevendo que o referido rol constitui apenas referência básica para os planos de saúde, e que a cobertura de tratamentos que não estejam previstos no rol deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde quando cumprir pelo menos uma das condicionantes previstas na lei. Confirma-se, a propósito, a nova redação da Lei 9.656/98, *in verbis*:

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...)

§ 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.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais."

Nesse cenário, conclui-se que tanto a nova redação da Lei dos Planos de Saúde quanto a jurisprudência do STJ admitem a cobertura de procedimentos ou medicamentos não previstos no rol da ANS, desde que amparada em critérios técnicos, devendo a necessidade ser analisada caso a caso.

Verifica-se, portanto, que, conforme o contexto fático delineado pelo acórdão recorrido, era mesmo de rigor a cobertura do procedimento, seja porque demonstrada a necessidade e a urgência de intervenção mais segura e moderna voltada ao tratamento de doença grave (aneurisma cerebral), seja porque preenchidos os requisitos exigidos pela jurisprudência do STJ e pela legislação em vigor para a cobertura do procedimento.

Nessa lógica:

"CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO ACOMETIDO POR DOENÇA GRAVE. DOENÇA DE POMPE. MEDICAMENTO. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento dos EREsp 1.925.051/SP, de relatoria do Ministro João Otávio de Noronha, julgado em 18/4/2024, decidiu que, "comprovado o preenchimento dos critérios para flexibilização do rol da ANS definidos na nova lei, cabe ao

plano de saúde fornecer tratamento não previsto no rol da ANS". Incidência da Súmula 83 do STJ.

2. Recurso especial desprovido."

(REsp n. 2.223.052/SP, relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 8/9/2025, DJEN de 24/9/2025)

"DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. ROL DA ANS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

I. Caso em exame

1. Recurso especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em ação de obrigação de fazer em que a parte autora pleiteia o fornecimento do medicamento romiplostim para tratamento de PTI crônica refratária.

2. O Juízo de primeiro grau julgou procedente o pedido, condenando a operadora do plano de saúde ao pagamento de danos materiais. A Corte estadual manteve a sentença, determinando que o plano de saúde arcasse com os valores referentes à medicação ministrada.

II. Questão em discussão

3. A questão em discussão consiste em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a fornecer medicamento não previsto no rol da ANS, considerando a taxatividade mitigada desse rol.

III. Razões de decidir

4. A Segunda Seção do STJ consolidou o entendimento de que o rol da ANS é de taxatividade mitigada, permitindo a flexibilização em situações excepcionais, desde que demonstradas cabalmente.

5. A cobertura de procedimentos ou medicamentos não previstos no rol da ANS deve ser analisada caso a caso, podendo ser admitida de forma excepcional, desde que amparada em critérios técnicos.

6. O recurso especial não permite o reexame do quadro fático-probatório dos autos, devendo o feito retornar à instância de origem para que a questão jurídica seja examinada à luz da atual jurisprudência do STJ e das peculiaridades do caso concreto.

IV. Dispositivo e tese

7. Recurso especial parcialmente provido para determinar o retorno dos autos ao Tribunal de origem para que analise a controvérsia nos termos da fundamentação exposta, de acordo com a atual jurisprudência do STJ.

Tese de julgamento: "1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da ANS é de taxatividade mitigada, admitindo flexibilização em situações excepcionais. 2. A cobertura de medicamento não previsto no rol da ANS deve ser analisada pelo tribunal de origem à luz da jurisprudência do STJ e das peculiaridades do caso concreto, a fim de demonstrar ou não a excepcionalidade da cobertura".

Dispositivos relevantes citados: Lei n. 9.656/1998, art. 10, V e VI e § 4º; Lei n. 9.961/2000, art. 4º, III. Jurisprudência relevante citada: STJ, EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgados em 8/6/2022; STJ, EREsp n. 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgados em 8/6/2022."

(REsp n. 2.030.596/SP, relator Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, QUARTA TURMA, julgado em 1/9/2025, DJEN de 4/9/2025)

No que tange aos danos morais, a jurisprudência desta Corte se firmou no sentido de que *"a recusa indevida/injustificada, pela operadora de saúde, em autorizar a cobertura financeira para tratamento médico de urgência enseja reparação a título de danos morais, por*

agravar a situação de aflição psicológica e de angústia do beneficiário" (AgInt no AREsp 1.816.359/MA, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 20/3/2023, DJe de 24/3/2023).

Nesse sentido:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. ALEGAÇÕES GENÉRICAS. SÚMULA 284/STF. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. PERÍODO DE CARÊNCIA. LIMITAÇÃO DE COBERTURA. RECUSA INJUSTICADA. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E ANGÚSTIA DO BENEFICIÁRIO. CIRCUNSTÂNCIAS DELIMITADAS NO JULGADO ESTADUAL. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO. ACÓRDÃO ESTADUAL EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. É deficiente a fundamentação do recurso especial em que a alegação de violação aos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015 se faz de forma genérica, sem a demonstração exata dos pontos pelos quais o acórdão tornou-se omissivo, contraditório ou obscuro. Aplica-se, na hipótese, o óbice da Súmula 284/STF.

2. Conforme a jurisprudência desta Corte, afigura-se abusiva a negativa, pelo plano de saúde, de fornecimento dos serviços de assistência médica nas situações de urgência ou emergência com base na cláusula de carência, caracterizando a indevida recusa de cobertura.

3. Outrossim, a recusa injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar tratamento médico emergencial enseja reparação a título de danos morais, porque agrava a situação de sofrimento psíquico do usuário, já abalado ante o estado debilitado da sua saúde.

4. Estando o acórdão recorrido em consonância com a jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, tem incidência a Súmula n. 83/STJ, aplicável por ambas as alíneas autorizadoras.

5. O mero não conhecimento ou a improcedência do agravo interno não enseja a necessária imposição da multa prevista no art. 1.021, § 4º, do CPC/2015, tornando-se imperioso para tal que seja nítido o descabimento do recurso, o que não se verifica no caso concreto.

6. Agravo interno desprovido."

(AgInt no AgInt no AREsp n. 2.174.617/CE, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 16/2/2023)

Dessa forma, o acórdão recorrido julgou em conformidade com o entendimento desta Corte, motivo pelo qual incide a Súmula 83/STJ.

Por fim, quanto ao valor da indenização, esta Corte Superior entende que, apenas em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado na origem, será possível afastar o óbice da Súmula 7/STJ. No caso, mostra-se proporcional o *quantum* fixado pela instância ordinária, a título de danos morais, correspondente a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), não havendo que se falar em cominação exorbitante, tendo em vista a recusa injustificada da operadora do plano de saúde em fornecer recurso terapêutico essencial ao tratamento de moléstia grave.

Nessa mesma linha de intelecção:

"CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME. MENOR IMPÚBERE. PAINEL NGS PARA CRANIOSSINOSTOSES. DEFORMIDADE NO CRÂNIO. PATOLOGIA GRAVE. ROL DA ANS. RECUSA INDEVIDA. SÚMULA 83/STJ.

DANO MORAL CONFIGURADO. PRECEDENTES DO STJ. VALOR PROPORCIONAL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

*1. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, concluiu pela possibilidade de custeio de tratamento não constante no rol da ANS, nos seguintes termos: "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. No caso, considerando os parâmetros fixados pela Segunda Seção nos EREsps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, mostra-se devida a cobertura, mormente considerando que o exame em questão está inserido no rol da ANS. Além disso, o acórdão consignou a gravidade da situação do infante, menor impúbere, sendo, portanto, abusiva a recusa de cobertura pelo plano de saúde. Incidência da Súmula 83 do STJ.

3. Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura, por parte da operadora do plano de saúde, para o tratamento do segurado, causando-lhe abalo emocional, esta Corte Superior admite a caracterização de dano moral, não se tratando de mero aborrecimento. Precedentes.

4. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de danos morais somente deve ser revisado, em sede de recurso especial, quando irrisório ou exorbitante. No caso, o montante fixado em R\$ 8.000,00 (oito mil reais) mostra-se proporcional e adequado, em razão da recusa em autorizar o exame médico objeto da lide.

5. Agravo interno desprovido."

(AgInt no REsp n. 2.064.961/RN, relator Ministro **RAUL ARAÚJO**, QUARTA TURMA, julgado em 25/8/2025, DJEN de 28/8/2025)

Ante todo o exposto, nego provimento ao recurso especial.

E, quanto ao ônus da sucumbência recursal, deixo de majorar a verba honorária advocatícia na forma do art. 85, §11, do CPC/2015, posto que já alcançado o percentual máximo legal.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**REsp 2.239.607 / MT
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0404766-0

Número de Origem:
10108773620248110041

Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.

ADVOGADOS : ANDRE MENESCAL GUEDES - SP324495

BRUNA BRITO DO NASCIMENTO - CE036990

ISABELLE DUARTE SANTOS - CE043300

YURI SILVA CARDOSO - MA024139

RECORRIDO : ROSENEIDE DE QUEIROZ DUARTE LAVORATTI

ADVOGADO : ANDRE PELLIZZONI VERAS GADELHA - MT018545

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

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha. Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 09 de fevereiro de 2026