SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 3265937 - DF (2026/0193033-2)

RELATOR	**:**	**MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE	:	NATHALIA RODRIGUES DE ANDRADE SILVA
ADVOGADOS	:	JULIANA RODRIGUES CUNHA TAVARES - DF058685
		VALMIR GUEDES TAVARES JÚNIOR - DF059243
AGRAVADO	:	QUALLITY PRO SAUDE PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA
ADVOGADOS	:	JOSE ANTONIO FISCHER DIAS - DF012917
		CARLOS ALBERTO FISCHER DIAS - DF033826
		VINICIUS RIBEIRO DOS SANTOS COELHO - DF081095

EMENTA

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. CARÊNCIA. URGÊNCIA NÃO CARACTERIZADA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7 DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO.

1. A alteração das conclusões adotadas pela Corte de origem acerca da caracterização da urgência do tratamento requerido pela autora exige necessariamente novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, conforme o óbice previsto no enunciado da Súmula n. 7 deste Tribunal Superior.

2. Agravo conhecido. 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 22/09/2026 a 29/09/2026, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Documento eletrônico VDA60481353 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 30/09/2026 15:48:57
Publicação no DJEN/CNJ de 02/10/2026. Código de Controle do Documento: e6f891cd-8b60-4787-b662-ba937bcc4b66

Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Daniela Teixeira.

Brasília, 29 de setembro de 2026.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator

Documento eletrônico VDA60481353 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 30/09/2026 15:48:57
Publicação no DJEN/CNJ de 02/10/2026. Código de Controle do Documento: e6f891cd-8b60-4787-b662-ba937bcc4b66

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 3265937 - DF (2026/0193033-2)

RELATOR	**:**	**MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE	:	NATHALIA RODRIGUES DE ANDRADE SILVA
ADVOGADOS	:	JULIANA RODRIGUES CUNHA TAVARES - DF058685
		VALMIR GUEDES TAVARES JÚNIOR - DF059243
AGRAVADO	:	QUALLITY PRO SAUDE PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA
ADVOGADOS	:	JOSE ANTONIO FISCHER DIAS - DF012917
		CARLOS ALBERTO FISCHER DIAS - DF033826
		VINICIUS RIBEIRO DOS SANTOS COELHO - DF081095

EMENTA

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. CARÊNCIA. URGÊNCIA NÃO CARACTERIZADA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7 DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO.

1. A alteração das conclusões adotadas pela Corte de origem acerca da caracterização da urgência do tratamento requerido pela autora exige necessariamente novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, conforme o óbice previsto no enunciado da Súmula n. 7 deste Tribunal Superior.

2. Agravo conhecido. Recurso especial não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por NATHALIA RODRIGUES DE ANDRADE SILVA (NATHALIA) contra decisão que não admitiu seu apelo nobre, manejado com fundamento no art. 105, III, alíneas *a* e *c*, da CF, em face

Documento eletrônico VDA60204556 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 21/09/2026 15:54:39
Código de Controle do Documento: 4d1df42a-869a-481a-92b6-ae3184251fd6

de acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, assim ementado:

> *APELAÇÃO. CIVIL. PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. GASTROPLASTIA REDUTORA. OBESIDADE MÓRBIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. PRAZO DE CARÊNCIA. AUSÊNCIA DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA MANTIDA.*
> *1. No caso de doença ou lesão preexistente declarada pelo beneficiário de plano de saúde, a carência de 24 (vinte e quatro) meses estabelecida mediante previsão contratual de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) encontra fundamento na Resolução Normativa ANS nº 558/2022.*
> *2. Na hipótese, a recusa do plano de saúde foi lícita tendo em vista que a doença da beneficiária é preexistente, não foi cumprida a carência determinada para as doenças pré-contratuais e a cirurgia bariátrica não foi prescrita em caráter de urgência/emergência.*
> *3. Recurso conhecido e não provido* (e-STJ, fl. 265).

No presente inconformismo, defendeu o desacerto da decisão que admitiu o seu apelo nobre.

Foi apresentada contraminuta.

É o relatório.

VOTO

O agravo é espécie recursal cabível, foi interposto tempestivamente e com impugnação adequada aos fundamentos da decisão recorrida. Dele CONHEÇO, portanto, e passo ao exame do recurso especial, que não merece prosperar.

Nas razões de seu apelo nobre, NATHALIA alegou dissídio e violação dos arts. **(1)** 12, V, *c*, e 35-C, I, ambos da Lei n. 9.656/98, sustentando ser devida a cobertura da cirurgia pleiteada diante da urgência atestada em laudos médicos, ressaltando ser portadora de obesidade mórbida e possuir quadro clínico extremamente grave com risco de óbito; e **(2)** 6º, IV, 39, V, e 51, IV, todos do CDC, asseverando que a cláusula contratual que estipula prazo de carência superior a 24 horas em casos de urgência e emergência seria abusiva diante dos princípios da dignidade da pessoa humana e da função social do contrato.

A este respeito, o Tribunal distrital, soberano na análise da prova, fez constar que:

Documento eletrônico VDA60204556 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 21/09/2026 15:54:39
Código de Controle do Documento: 4d1df42a-869a-481a-92b6-ae3184251fd6

[...] ***A controvérsia recursal consiste em aferir se a conduta da operadora do plano de saúde ré é ilícita, e, via de consequência, se estão presentes os pressupostos da responsabilidade civil hábeis a autorizar sua condenação à obrigação de fazer c/c reparação pelos danos morais eventualmente sofridos pela autora.*** *Transcrevo a fundamentação constante da r. sentença apelada, "in verbis":*

> *"(...) No caso em apreço, cuida-se de plano de saúde coletivo por adesão, ofertado pela ré em 21.6.2024, vinculado ao Sindifeira e administrado pela Platinum, em que a autora teve negada autorização para realização de procedimento cirúrgico (gastropatia) para tratamento de obesidade e comorbidades a ela associadas, ao argumento de que se tratava de doença preexistente, omitida pela autora no ato da contratação, que deveria se submeter ao cumprimento de carência.*
> *Consta nos autos Proposta Contratual ao Plano de Assistência Médica Hospitalar Coletivo por Adesão nº 43546, de 20.6.20024, em que a autora aderiu ao plano de saúde demandado, acompanhada de declaração de saúde sem indicação de qualquer doença (ID nº 230568916). O contrato teve data inicial de vigência em 10.7.2024. A cobertura do procedimento foi solicitada em 17.2.2025, e negado em seguida.*
> *O relatório médico de ID nº 227636672, datado de 15.1.2024, juntado pela autora, informa:*
> *"Paciente com diagnóstico de obesidade grau III (maior peso: 94kg IMC: 41), sem sucesso com tratamento clínico por 2 anos em uso de 3 drogas diferentes. Fez acompanhamento com endocrinologista em 2019 e 2020, durante esse período utilizou saxenda a maior dose tolerada por 1 ano, com perda de peso insatisfatória de 4kg. Refere uso também de ozempic até dose máxima tolerada por 6 meses, sem sucesso de perda ponderal e também uso de sibutramina 15mg sem perda de peso".*
> *O relatório médico de ID nº 227636671 também menciona que a autora já tinha tentado todas as formas de tratamento, a demonstrar que a doença já havia se instalado há muito tempo:*
> *"Salienta-se que já se tentou todas as formas de tratamento para melhorar o quadro de saúde da paciente, sendo que nenhuma delas surtiram os efeitos esperados, tornando-se o procedimento cirúrgico o mais adequado para a paciente".*
> *Não obstante o quadro de saúde da autora, na declaração de saúde, negou qualquer comorbidade e declarou possuir 65kg e altura de 1,75cm. Contudo, seis meses depois, o médico assistente afirmou que a autora estava com peso de 90,1kg e altura de 1,52cm.*
> *Na auditoria realizada pelo plano de saúde, proposta a retificação da declaração de saúde à autora, apurou-se que ela possui obesidade há 28 anos e diversas doenças associadas, massa corporal de 89kg e IMC 38 (ID nº 230568917).*
> *Porém, a autora, após o preenchimento da declaração, recusou-se a assinar o documento.*
> *No que se refere à urgência do procedimento cirúrgico, não restou comprovada pelos documentos juntados aos autos.*

Documento eletrônico VDA60204556 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 21/09/2026 15:54:39
Código de Controle do Documento: 4d1df42a-869a-481a-92b6-ae3184251fd6

Trata-se de cirurgia eletiva, considerando que o estado de saúde se encontra agravado pela obesidade há muitos anos.

Com efeito, havendo doença preexistente, omitida dolosamente pela beneficiária, não há ilicitude na negativa do plano de cobrir o procedimento, porquanto se aplica ao caso o prazo de cobertura parcial temporária (CPT).

De acordo com a Lei nº 9.656/98, é possível a limitação de cobertura de doenças e lesões preexistentes por 24 meses, nos seguintes termos:

"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1 o do art. 1 o desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário".

Por sua vez, a proposta assinada pela autora advertiu:

"3- Havendo declaração de doença ou lesão preexistente é oferecida pela operadora, a seguinte opção: Cobertura Parcial Temporária - na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

4- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a operadora apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do benefício nem do atendimento.

5- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato.

6- A caracterização de doença ou lesão preexistente e suas consequências, declaradas no processo de admissão ao plano de saúde e, constatadas nessa Declaração de Saúde, determina a obrigatoriedade da CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, assim definidos: Cobertura Parcial Temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal".

A Cobertura Parcial Temporária encontra respaldo na Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS, a validar a concessão de prazo de 24 meses para cobertura de procedimentos de alta complexidade ou eventos cirúrgicos.

Confira-se jurisprudência deste Eg. TJDFT sobre o tema:

(...) Cabe destacar que a indicação de que a cirurgia seja realizada com brevidade, por si só, não configura uma situação de urgência ou emergência que justifique a dispensa do prazo de carência previsto no contrato,

Documento eletrônico VDA60204556 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 21/09/2026 15:54:39
Código de Controle do Documento: 4d1df42a-869a-481a-92b6-ae3184251fd6

> *porquanto, em regra, a cirurgia bariátrica pode ser devidamente programada e a parte deve cumprir rigoroso cronograma, sobretudo no caso dos autos ante a omissão da paciente sobre fato relevante.*
> *Entende-se, por fim, que a recusa do plano de saúde foi lícita, em face do prazo de carência e a ausência de urgência do procedimento, de modo que não há que se falar em indenização por danos morais.*
> *Diante de tais razões, JULGO IMPROCEDENTES os pedidos formulados pela parte autora. Por consequência, resolvo o feito com julgamento do mérito, nos termos do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil.*
> *Em face da sucumbência, condeno a parte autora ao pagamento de honorários advocatícios, que arbitro em 10% sobre o valor atualizado da causa, com fulcro no art. 85, §2º, do CPC. Contudo, fica suspensa a cobrança por força da gratuidade de justiça deferida nos autos."*

Incontroverso que a relação jurídica estabelecida entre as partes, indiscutivelmente, submete-se às regras estabelecidas pelos artigos 2º e 3º, §2º, ambos, do Código de Defesa do Consumidor, porquanto a ré apelada é prestadora de serviços de saúde.
Nesse sentido o Enunciado nº 608 da Súmula do colendo Superior Tribunal de Justiça:

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

É cediço que o art. 11 da Lei nº 9.656/98 autoriza a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes por até 24 (vinte e quatro) meses da contratação, conhecida como cobertura parcial temporária (CPT).
***O período de cobertura parcial temporária é aquele que admite a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes** (art. 11 da Lei nº 9.656/98 e art. 3º da Resolução Normativa nº 558/2022 da ANS, que revogou a RN 162/2007).*
Com efeito, na hipótese vertente, verifica-se que na data da contratação do plano de saúde (20/06/2024 - ID 77518205) a beneficiária negou possuir comorbidades . Na ocasião, registrou possuir altura de 1,75m e 65Kg.
Todavia, em documento de retificação da declaração de saúde junto à operadora após a realização de perícia, datado de 12/02/2025 (ID 77518206), depreende-se que a autora é obesa há 28 (vinte e oito) anose sua massa corporal é de 89kg (oitenta e nove quilogramas) e altura de 1,53m.
No mesmo sentido, o laudo ao ID 77518191, acostado pela própria autora, destaca que a ora apelante é "portador (a) de obesidade desde a infância."
Embora não se questione a obrigação do plano em exigir exames prévios à contratação para maiores esclarecimentos, isso não elimina a obrigação do usuário de dizer a verdade e agir de boa-fé ao prestar suas declarações. Fato é que a ausência de exames prévias não é licença para omitir informações.
Diante disso, o colendo STJ aprovou enunciado de súmula nº 609, segundo o qual é ilícita a recusa de cobertura ao tratamento necessário ao segurado sob o argumento de se tratar de doença preexistente se o

Documento eletrônico VDA60204556 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 21/09/2026 15:54:39
Código de Controle do Documento: 4d1df42a-869a-481a-92b6-ae3184251fd6

plano de saúde não realiza exames médicos prévios à contratação, ou não apresenta prova inequívoca de má-fé do segurado.
Tal entendimento não elimina, porém, a obrigação do consumidor de agir com probidade e boa-fé, declarando as doenças e lesões que saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde, mesmo porque a operadora se obriga a cobrir riscos predeterminados. Por essa razão, o legislador lhe assegurou a recusa da garantia nos casos de declarações inexatas ou omissões que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio (art. 766 do Código Civil).
Nesse diapasão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar disciplinou a coleta de informações sobre as condições de saúde do interessado no momento da contratação do plano, prevendo a apresentação de Declaração de Saúde, na qual o contratante deve informar o conhecimento de suas doenças ou lesões preexistentes, sob pena de ficar caraterizada a fraude, com a suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato (art. 5º da Resolução Normativa nº 162/2007).
In casu , constatada a existência de doença preexistente à celebração do contrato, porquanto declarada pela própria beneficiária (ID 77518206), não há como afastar a restrição temporal imposta sob a forma de Cobertura Parcial Temporária (CPT) quanto aos Procedimentos de Alta Complexidade, sobretudo porque tal limitação encontra previsão na Resolução Normativa nº 558/2022 da ANS (que revogou a anterior Resolução Normativa nº 162/2007), a qual dispõe, em seu art. 2º, incisos I e II:

"Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

> *I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;*
> *II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões;" preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;*

Assim, considerando o início da vigência do contrato de saúde 10/0 7/2024 (ID 77518205), conclui-se que a recusa de cobertura do procedimento se deu no período de carência contratual de 24 (vinte e quatro) meses, com amparo na Resolução Normativa da ANS nº 558/2022 (artigo 2º, incisos I e II).
Registre-se, por pertinente, que o art. 12, inc. V, alínea "c", da Lei nº 9.656/98 dispõe ser obrigatória a cobertura de procedimento médico de caráter emergencial ou de urgência, com prazo máximo de carência de apenas 24 (vinte e quatro) horas.
No caso vertente, a autora não se desincumbiu do ônus processual de comprovar a urgência/emergência exigida pelas normas de regência, o que dispensaria os limites estabelecidos na legislação de carência ou de cobertura parcial temporária de 24

Documento eletrônico VDA60204556 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 21/09/2026 15:54:39
Código de Controle do Documento: 4d1df42a-869a-481a-92b6-ae3184251fd6

meses para realização de procedimentos de alta complexidade, conforme determina o art. 373, I, do CPC.

Não se extrai dos autos, à luz do art. 35-C da Lei nº 9.656/98, que o procedimento cirúrgico da autora é urgente ou emergencial, isto é, (i) com risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis à paciente, ou (ii) resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Como dito alhures, a autora beneficiária convive com obesidade e com diversas comorbidades por décadas e mesmo antes da contratação do plano de saúde atual.

Ressai, ainda, dos autos que o laudo médico, subscrito por profissional assistente e sem data, descreve a autora apelante como portadora de obesidade mórbida e síndrome metabólica (CID E66.8), apresentando peso de 90,1 kg, altura de 1,52 m e índice de massa corporal (IMC) de 39 kg/m², caracterizando obesidade grau III (ID 77518187). O segundo laudo, datado de 04/02/2025, também descreve o quadro clínico da paciente e, em que pese mencionar que a autora apresenta comorbidades graves, assim como o anterior, não prescreveu a cirurgia bariátrica em caráter de urgência/emergência(ID 77518191).

Cumpre ressaltar que é admitida a possibilidade de previsão de cláusulas limitativas dos direitos do consumidor, desde que escritas com destaque e de fácil e imediata compreensão, inclusive com anuência expressa da segurada, conforme é o caso dos autos.

[...]

A despeito de não se ignorar a severidade do quadro de saúde da autora apelante, com indicação da cirurgia bariátrica para evitar o seu agravamento, certo é que referidos documentos não apresentam elementos que consubstanciem perigo de dano iminente que justifique a premência de imediata submissão da paciente ao procedimento cirúrgico.

Desse modo, não deve ser reputada como abusiva a recusa da operadora de plano de saúde em autorizar a realização da cirurgia de gastroplastia, porquanto se traduz em exercício regular de direito, amparada em cláusula regularmente prevista no contrato.

A propósito, destaco precedente de minha relatoria em que manifestei entendimento no sentido de que, não sendo prescrita em caráter de urgência/emergência a cirurgia bariátrica, a recusa da cobertura pela operadora de plano de saúde não se caracteriza como abusiva ou ilegal [...].

Nesse contexto, conclui-se que o quadro clínico da autora apelante é preexiste à assinatura do contrato, de modo que está sujeito ao prazo de carência contratual de 24 (vinte e quatro) meses previsto no art. 11 da Lei nº 9.656/98, e que não se mostra presente situação concreta de urgência ou emergência capaz de afastar a exigência da referida carência, tem-se por escorreita a sentença proferida pelo d. Juízo a quo na medida em que julgou improcedente o pedido de condenação da ré ao custeio da cirurgia bariátrica solicitada pela autora.

Por conseguinte, ausente ilicitude ou abusividade na negativa fornecida pela operadora do plano de saúde apelada, também não faz jus a demandante ao pagamento de compensação por danos morais.

Diante do exposto, CONHEÇO do recurso e NEGO-LHE PROVIMENTO, para manter íntegra a r. sentença apelada pelos seus fortes e jurídicos fundamentos.

Majoro os honorários advocatícios para fixá-los definitivamente em 11% (onze por cento) sobre o valor atualizado da causa, suspensa sua exigibilidade face a autora apelante litigar sob o pálio da gratuidade de justiça (art. 85, §11 c/c art. 98, §3º, ambos do CPC.)

Documento eletrônico VDA60204556 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 21/09/2026 15:54:39
Código de Controle do Documento: 4d1df42a-869a-481a-92b6-ae3184251fd6

É como voto (e-STJ, fls. 280-290 - sem destaques no original).

Conforme se nota, a alteração das conclusões adotadas pela Corte de origem acerca da caracterização da urgência do tratamento requerido pela autora exige necessariamente novo exame do acervo fático-probatório constante dos autos, providência vedada em recurso especial, conforme o óbice previsto no enunciado da Súmula n. 7 deste Tribunal Superior.

Nessas condições, **CONHEÇO** do agravo para **NÃO CONHECER** do recurso especial.

MAJORO em 2% o valor dos honorários advocatícios anteriormente fixados em favor da QUALLITY PRO SAUDE PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA, limitados a 20%, nos termos do art. 85, § 11, do CPC, observada, se for o caso, a gratuidade da justiça.

É o meu 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 à penalidade fixada no art. 1.026, § 2º, do CPC.

Documento eletrônico VDA60204556 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): PAULO DIAS DE MOURA RIBEIRO Assinado em: 21/09/2026 15:54:39
Código de Controle do Documento: 4d1df42a-869a-481a-92b6-ae3184251fd6

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA

AREsp 3.265.937 / DF

Número Registro: 2026/0193033-2 **PROCESSO ELETRÔNICO**

Número de Origem:
07104398320258070001 710439832025807000 1

Sessão Virtual de 22/09/2026 a 29/09/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE	: NATHALIA RODRIGUES DE ANDRADE SILVA
ADVOGADOS	: JULIANA RODRIGUES CUNHA TAVARES - DF058685
	VALMIR GUEDES TAVARES JÚNIOR - DF059243
AGRAVADO	: QUALLITY PRO SAUDE PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA
ADVOGADOS	: JOSE ANTONIO FISCHER DIAS - DF012917
	CARLOS ALBERTO FISCHER DIAS - DF033826
	VINICIUS RIBEIRO DOS SANTOS COELHO - DF081095
ASSUNTO	: DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE - TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 22/09/2026 a 29/09/2026, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Documento eletrônico VDA60446939 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): SISTEMA JUSTIÇA - SERVIÇOS AUTOMÁTICOS, Assinado em: 29/09/2026 11:34:58
Código de Controle do Documento: 9ac6339e-fd4e-4568-b346-1c12744cdbb2

Brasília, 29 de setembro de 2026

Documento eletrônico VDA60446939 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): SISTEMA JUSTIÇA - SERVIÇOS AUTOMÁTICOS, Assinado em: 29/09/2026 11:34:58
Código de Controle do Documento: 9ac6339e-fd4e-4568-b346-1c12744cdbb2