

Recurso Especial Cível nº 0809930-27.2025.8.19.0002

Recorrente: GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA. – ASSIM SAÚDE

Recorrido: MAX MARIANO DA SILVA

DECISÃO

Trata-se de recurso especial, fls. 67/95, com fundamento no artigo 105, inciso III, alíneas “a” e “c”, da Constituição Federal, interposto em face dos acórdãos da 2ª Câmara de Direito Privado, fls. 14/31 e 56/64, assim ementados:

“APELAÇÃO. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES. ALEGADA AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA ANS. NECESSIDADE DO TRATAMENTO ATESTADA PELO MÉDICO ASSISTENTE. CONDUTA IMPRÓPRIA. DANO MORAL COGENTE. QUANTUM INDENIZATÓRIO RAZOAVELMENTE FIXADO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. O direito à saúde está intrinsecamente ligado ao direito à vida, garantia constitucional esculpida no artigo 5º, caput, da Constituição Federal. Tal direito representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República, em seu artigo 196. Por essa razão, a leviana negativa de cobertura consubstancia violação ao direito à vida, especialmente em situação de emergência em que o bem jurídico ‘vida’ mostra-se submetido à maior risco. O contrato firmado pelas

operadoras de plano de saúde é tipicamente um contrato de adesão, razão pela qual, necessitando da salvaguarda de sua saúde, adere ao contrato da forma como este lhe é imposto. Assim, comum é a inclusão, no contrato, de cláusulas abusivas que causam manifesta desvantagem ao usuário. Certo é que, atualmente, nenhum direito fundamental será preterido em benefício de direitos meramente patrimoniais, assim como se exige dos contratantes boa-fé e a busca do bem-estar social nas estipulações contratuais. O direito à vida não pode ser afastado ou mitigado em hipótese alguma, notadamente quando em confronto com valores patrimoniais de operadoras de plano de saúde. Outrossim, o contrato é negócio jurídico que deve estar baseado no princípio da boa-fé, em que se exige dos contratantes um comportamento adequado a inspirar legítima e razoável confiança para a validade do contrato, agindo com boa-fé, lealdade e veracidade e uma atuação permanente de probidade no especial interesse de preservar o contrato em sua firmeza obrigacional. Em verdade, há a responsabilidade dos contratantes de agir com boa-fé, a qual deve permear todo o contrato, inclusive, no âmbito produtivo da responsabilidade pré-contratual e da pós-execução contratual. No caso, restou comprovado nos autos que o autor é portador de neurite óptica bilateral, com perda progressiva de visão em ambos os olhos e atualmente possui apenas 50% da perda de visão do olho direito e cegueira total no olho esquerdo. Por conta desse quadro, necessita se submeter aos seguintes exames: EXAME BIOPSIA DE PELE PARA CULTURA DE FIBROBLASTO; PAINEL

GENÉTICO PARA NEUROPATIA ÓPTICA DE LEBER COM DNA EXTRAÍDO DE FIBROBLATOS; VITAMINA B1; e, VITAMINA B6. Porém, requerida autorização à operadora de saúde, a resposta foi negativa sob o argumento de que os exames não estariam incluídos no Rol da ANS. A questão central a ser dirimida é a obrigatoriedade, ou não, de a operadora de plano de saúde custear exames e procedimentos não expressamente listados no rol da ANS, ou que, embora listados, não sigam estritamente as diretrizes de utilização, quando há indicação médica fundamentada da sua necessidade para o tratamento do paciente. Com efeito, a análise da controvérsia exige a ponderação entre a autonomia da vontade das partes nos contratos de plano de saúde e o direito à saúde e à vida, com especial atenção à natureza consumerista da relação. Com a entrada em vigor da Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei nº 9.656/1998, o legislador buscou pacificar a discussão sobre o caráter taxativo ou exemplificativo do rol da ANS. A referida norma, ao incluir os §§ 12 e 13 no art. 10 da Lei dos Planos de Saúde, estabeleceu que o rol da ANS 'constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória dos planos privados de assistência à saúde', mas previu a possibilidade de cobertura de procedimentos ou eventos não previstos nesse rol. Para tanto, passou a ser necessário o preenchimento de um dos seguintes critérios: I - comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; II - recomendação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); ou III -

recomendação de, no mínimo, um órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional. No caso em tela, foram atendidos os critérios do art. 10, §13, I e II do diploma legal, diante da prescrição médica fundamentada, do plano terapêutico individualizado, das evidências científicas reconhecidas e da ausência de alternativa eficaz no rol da ANS. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, mesmo antes da alteração legislativa, já se inclinava para uma interpretação que mitigava a taxatividade do rol da ANS, em casos nos quais a não cobertura do procedimento implicaria na inviabilização do tratamento ou na ofensa ao direito à saúde. O entendimento consolidado é de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que serão cobertas, mas não o tipo de tratamento a ser utilizado para a cura de cada uma delas, devendo prevalecer a indicação do médico assistente, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui da cobertura o fornecimento de medicamentos ou procedimentos essenciais para garantir a saúde ou a vida do segurado. À propósito, colaciona-se precedente do Superior Tribunal de Justiça que, ainda que anterior à Lei nº 14.454/2022, já demonstrava a orientação jurisprudencial que levou à edição da nova legislação, a qual veio justamente para pacificar e conferir segurança jurídica a essa exegese, transformando em norma legal o que já era uma tendência e ampliando as hipóteses de cobertura de procedimentos 'extra rol' ou em desacordo com suas diretrizes, desde que preenchidos os requisitos de necessidade e eficácia do tratamento. Consigna-se que os laudos médicos atestam a necessidade dos exames para o

tratamento do quadro da parte autora (Id. 182291378), não sendo possível que a operadora se recuse a custeá-los. Vale ressaltar que a previsão de cobertura sobre determinado quadro clínico inclui todas as medidas que razoavelmente pode-se esperar do tratamento. Destarte, a exclusão de procedimento essencial ao tratamento de doença coberta pelo plano, como, no caso, a neurite óptica, é considerada abusiva. Quanto à configuração de danos morais, exsurge evidente que a presente hipótese não pode ser tratada como mero inadimplemento contratual, uma vez que patente a ofensa à dignidade do paciente, em claro abuso de direito, por restringir direito fundamental inerente à natureza do contrato, atingindo o seu objeto. A negativa de tratamento a uma pessoa acometida por grave doença, que dele necessita para seu tratamento, transborda o mero aborrecimento, sendo capaz de causar abalo a direitos da personalidade e configurando o dano moral indenizável. No caso, o autor já possui perda significativa da visão, apresentando caso grave que requer tratamento, cujo andamento foi retardado pela negativa da operadora de saúde. Logo, é inequívoco que a recusa no tratamento acarreta desgaste emocional e afetam a dignidade da pessoa humana. Quantum indenizatório fixado em R\$ 12.000,00, que não comporta redução. Recurso desprovido.”

“EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. Inocorrência das hipóteses do art. 1022 do CPC, não havendo qualquer contradição, obscuridade, omissão ou erro material a ser sanado. Na verdade, o que pretende o embargante é atribuir

efeitos infringentes aos aclaratórios sobre matéria já analisada. Desprovimento dos embargos.”

Inconformada, em suas razões recursais, a recorrente alega violação aos artigos 10, §§ 12 e 13, da Lei nº 9.656/98 e 489, § 1º, VI, do Código de Processo Civil, sustentando que o acórdão recorrido determinou o custeio de exames não incorporados ao Rol da ANS, ou sujeitos a Diretriz de Utilização, sem demonstração dos requisitos legais para a cobertura excepcional e sem avaliação técnica independente. Aduz a inobservância dos parâmetros da ADI 7.265/STF e do Tema nº 1.316 do STJ, bem como a ausência de adequada distinção quanto ao Tema nº 1.365 do STJ, ao argumento de que a recusa de cobertura não gera dano moral presumido. Alega, ainda, divergência jurisprudencial e requer o afastamento da condenação por danos morais ou, subsidiariamente, a redução do valor de R\$ 12.000,00.

Contrarrazões às fls. 111/118.

É o brevíssimo relatório.

Trata-se, na origem, de ação de obrigação de fazer cumulada com indenizatória, julgada procedente para confirmar a tutela de urgência e condenar a ré ao pagamento de compensação por danos morais no valor de R\$ 12.000,00. Interposta apelação pela ré, o Colegiado negou provimento ao recurso, mantendo a sentença, ao fundamento de que os laudos médicos atestavam a necessidade dos exames para o tratamento da neurite óptica, de que estavam presentes os requisitos para a cobertura e de que a negativa da operadora, diante da gravidade do quadro e do retardamento do tratamento, configurou dano moral indenizável. O decisum restou fundamentado, nos seguintes termos:

“... A negativa de tratamento a uma pessoa acometida por grave doença, que dele necessita para seu tratamento, transborda o mero aborrecimento, sendo capaz de causar abalo a direitos da personalidade e configurando o dano moral indenizável.

No caso, o autor já possui perda significativa da visão, apresentando caso grave que requer tratamento, cujo andamento foi retardado pela negativa da operadora de saúde.

Logo, é inequívoco que a recusa no tratamento acarreta desgaste emocional e afetam a dignidade da pessoa humana.

...

Quantum indenizatório fixado em R\$ 12.000,00, que não comporta redução. ...”

Pois bem.

O recurso não será admitido.

Inicialmente, com relação à alegação de violação ao artigo 489, § 1º, VI, do Código de Processo Civil, observo que não se verifica. O Colegiado enfrentou, de forma clara e fundamentada, as questões relativas à **obrigatoriedade de cobertura dos exames prescritos, à aplicação dos §§ 12 e 13 do artigo 10 da Lei nº 9.656/98, ao**

preenchimento dos requisitos para a cobertura de procedimentos não previstos no Rol da ANS e à configuração dos danos morais decorrentes da negativa de cobertura.

A circunstância de o acórdão não acolher as teses da parte recorrente para fundamentar seu entendimento nos dispositivos legais indicados por esta não se confunde com omissão nem falta de fundamentação.

Portanto, a fundamentação da decisão colegiada em outros dispositivos atende perfeitamente ao artigo 489 do CPC.

Nesse sentido (grifei):

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. CONTRATO DE LOCAÇÃO. ALUGUÉIS EM ATRASO. CONDENAÇÃO. INTERESSE DE AGIR. CERCEAMENTO DE DEFESA. MATÉRIA QUE DEMANDA REEXAME DE FATOS E PROVAS. SUMULAS 5 E 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Não se viabiliza o recurso pela indicada violação dos artigos 1022 e 489 do Código de Processo Civil de 2015. Isso porque, embora rejeitados os embargos de

declaração, a matéria em exame foi devidamente enfrentada pelo Tribunal de origem, que emitiu pronunciamento de forma fundamentada, ainda que em sentido contrário à pretensão da parte recorrente. Não há falar, no caso, em negativa de prestação jurisdicional. A Câmara Julgadora apreciou as questões deduzidas, decidindo de forma clara e conforme sua convicção com base nos elementos de prova que entendeu pertinentes. No entanto, se a decisão não corresponde à expectativa da parte, não deve por isso ser imputado vício ao julgado.

2. Rever os fundamentos do acórdão recorrido que levaram a concluir pela ausência de cerceamento de defesa e presença do interesse de agir, demandaria o reexame do conjunto fático-probatório, o que é vedado na instância especial, segundo o enunciado da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp n. 1.947.755/DF, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 9/8/2022, DJe de 16/8/2022.)

*A controvérsia consubstanciada em “Definir se há configuração de danos morais in re ipsa nas hipóteses de recusa indevida de cobertura médico-assistencial pela operadora de plano de saúde” foi afetada ao julgamento pelo regime dos recursos repetitivos, nos **REsp 2197574/SP** e*

REsp 2165670/SP, paradigmas do Tema 1.365 do STJ."

A Corte Especial do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento dos paradigmas, firmou a seguinte tese repetitiva:

"A simples recusa indevida de cobertura médico-assistencial por operadora de plano de saúde não gera, por si só, dano moral presumido (in re ipsa), sendo imprescindível a presença de outros elementos que permitam constatar a alteração anímica da vítima em grau suficiente para ultrapassar o mero aborrecimento ou dissabor."

Nesse passo, considerando que a Câmara de origem **justificou pormenorizadamente a indenização pelos danos morais, ao assentar que o autor apresenta perda significativa da visão, em quadro grave que requer tratamento, cujo andamento foi retardado pela negativa da operadora, e que a recusa acarretou desgaste emocional e ofensa à dignidade da pessoa humana**, verifica-se que o acórdão recorrido se encontra adequado à orientação lançada pelo Superior Tribunal de Justiça por oportunidade do julgamento do mérito dos paradigmas do Tema nº 1.365 do STJ, razão pela qual a negativa de seguimento ao recurso especial, nesse ponto, é medida que se impõe.

Mais adiante, o detido exame das razões recursais revela que a recorrente, **ao impugnar o acórdão que reconheceu a obrigatoriedade do custeio dos exames prescritos, ao fundamento de que os laudos médicos atestavam sua necessidade para o tratamento da neurite óptica e de que estavam presentes prescrição médica fundamentada, plano terapêutico individualizado, evidências**

científicas reconhecidas e ausência de alternativa eficaz no Rol da ANS, pretende, por via transversa, a revisão de matéria de fato, apreciada e julgada com base nas provas produzidas nos autos, que não perfaz questão de direito, mas tão somente reanálise fático-probatória.

Dessa maneira, pelo que se depreende da leitura do acórdão recorrido, não merece trânsito o recurso especial, face ao óbice do **Enunciado nº 7 da Súmula de Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça** (*A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial*). Nesse sentido:

“CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZATÓRIA POR DANO MORAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. INTERNAÇÃO DE EMERGÊNCIA (COVID-19). ALEGAÇÃO DE INCIDÊNCIA DE PRAZO DE CARÊNCIA. RECUSA CONSIDERADA ABUSIVA. REANÁLISE DO ATO ILÍCITO E DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. NÃO CABIMENTO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 5 E 7 DO STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL NÃO CONFIGURADO. AUSÊNCIA DE SIMILITUDE FÁTICA. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO. 1. Revisar a conclusão do Tribunal de origem, que reconheceu a falha na prestação do serviço e a ilicitude da recusa de internação em situação de emergência (COVID-19), sob a alegação de cumprimento de prazo de carência contratual, demandaria

o reexame do conjunto fático-probatório e a interpretação de cláusulas contratuais, o que é vedado em sede de recurso especial, ante os óbices das Súmulas n. 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça. 2. A jurisprudência desta Corte é firme no sentido de que a alteração do quantum indenizatório a título de dano moral é possível somente em hipóteses excepcionais, quando o valor for manifestamente irrisório ou exorbitante. Proporcionalidade e razoabilidade observadas pelo Tribunal de origem, que fixou a indenização em R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a justificar a incidência da Súmula n. 7 do STJ. 3. A divergência jurisprudencial, com fundamento na alínea "c" do permissivo constitucional, requer a demonstração da similitude fática entre os casos confrontados e a adoção de teses jurídicas distintas, o que não se verifica quando a pretensão recursal é obstada pela incidência da Súmula n. 7 do STJ. 4. Agravo conhecido para não conhecer do recurso especial."

“PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO. RECUSA INDEVIDA. PERÍODO DECARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULAS 7 E 597/STJ. ALEGAÇÃO DE OFENSA A SÚMULA. IMPOSSIBILIDADE. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA 211/STJ. 1. O recurso especial não merece prosperar, porquanto encontra óbice na Súmula 7 do Superior Tribunal de Justiça, visto que alterar as premissas adotadas pelo Tribunal de origem

quanto ao período de carência; situação de urgência/emergência; recusa indevida da autorização da internação; dever da agravante no custeio dos gastos com internação e exames; e ausência de desequilíbrio econômico, demanda novo reexame de fatos e provas. 2. A ausência de prequestionamento das teses jurídicas impede o conhecimento do recurso especial. Incidência da Súmula 211/STJ. Agravo interno improvido.”

À vista do exposto, nos termos do artigo 1.030, I e V, do Código de Processo Civil, **NEGO SEGUIMENTO** ao recurso especial, à luz do **Tema nº 1.365 do STJ**, **E O DEIXO DE ADMITIR** quanto às demais questões, nos termos da fundamentação supra.

Intime-se.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2026.

Desembargador **HELENO NUNES**
Terceiro Vice-Presidente