

Recurso Especial Cível nº 0803424-17.2022.8.19.0042

Recorrente: UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FEDERAÇÃO
ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS ("Unimed-FERJ")

Recorrido: VALERIA DOS SANTOS FERREIRA

DECISÃO

Trata-se de recurso especial tempestivo, fls. 42/65, com fundamento no artigo 105, inciso III, alínea "a" da Constituição Federal, interposto em face do acórdão da Sexta Câmara de Direito Privado, fls. 21/30, assim ementado:

"PLANO DE SAÚDE. RELAÇÃO DE CONSUMO. OFERTA DE INCLUSÃO SEM CARÊNCIA. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA PARA MENOR. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. DANO MORAL CONFIGURADO. MAJORAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. I. CASO EM EXAME
1. Trata-se de Apelação Cível interposta por UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS (UNIMED-FERJ) e de recurso adesivo interposto por ANA BEATRIZ FERREIRA ALVES NOGUEIRA, representada por sua genitora VALÉRIA DOS SANTOS FERREIRA, em face da sentença que julgou parcialmente procedentes os pedidos formulados na ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais. 2. O Juízo a quo reconheceu a ilegitimidade passiva da Central

Nacional Unimed e condenou a Unimed-Rio ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 5.000,00, além de confirmar a tutela antecipada que determinara o afastamento da carência indevidamente imposta ao plano de saúde da menor autora. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 3. Examina-se a legalidade da negativa de cobertura sob a justificativa de carência contratual, não obstante a oferta expressa de adesão sem carência, bem como a adequação do valor arbitrado a título de danos morais. III. RAZÕES DE DECIDIR 4. A relação jurídica travada entre as partes é indubitavelmente de consumo, nos termos dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor e da Súmula 608 do STJ, aplicando-se a responsabilidade objetiva prevista no art. 14 do CDC. 5. Restou comprovada a oferta de inclusão da menor no plano de saúde sem cumprimento de carência, circunstância que vincula a operadora aos termos propostos (art. 30 do CDC), sendo abusiva a posterior negativa de cobertura. 6. A conduta da operadora viola os deveres de boa-fé objetiva e informação, frustrando a legítima confiança depositada pelo consumidor e configurando falha na prestação do serviço. 7. A negativa indevida de cobertura de atendimento médico, sobretudo em relação a criança de tenra idade, ultrapassa o mero inadimplemento contratual, ensejando dano moral *in re ipsa*, conforme entendimento consolidado nas Súmulas 339 do TJRJ e 597 do STJ. 8. O valor fixado em primeiro grau (R\$ 5.000,00) mostra-se aquém dos parâmetros jurisprudenciais para hipóteses análogas, sendo devida sua majoração para R\$ 10.000,00,

quantia que melhor atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, bem como à função pedagógica e compensatória da reparação. IV. DISPOSITIVO E TESE
9. Recurso da ré desprovido. Recurso adesivo da autora provido para majorar o valor da indenização por danos morais para R\$ 10.000,00 (dez mil reais), mantidos os demais termos da sentença. 10. Tese firmada: A oferta de plano de saúde sem exigência de carência vincula a operadora, sendo abusiva a negativa de cobertura fundada em cláusula contratual contrária à proposta. A recusa indevida de cobertura, especialmente em relação a menor de idade, configura dano moral presumido, ensejando reparação compatível com a gravidade da conduta e o caráter pedagógico da indenização."

Inconformado, em suas razões recursais, o recorrente alega violação aos artigos 186, 884 e 944 do Código Civil e 373, I, do CPC. Defende, em síntese, que a indenização extrapola os limites da razoabilidade e proporcionalidade. Aduz, ainda, que o presente caso versa sobre responsabilidade contratual, de modo que nem mesmo o dano moral *in re ipsa* poderia ser cogitado, eis que este só se vislumbra nas hipóteses de responsabilidade extracontratual, além de que a parte recorrida não teria feito prova mínima de suas alegações, em decorrência de sua ciência acerca dos prazos de carência, o que enseja a validade da cláusula de carência.

Contrarrazões ausentes conforme certidão de fl. 78.

Decisão desta Terceira Vice-Presidência, às fls. 80/85, determinando o sobrestamento do recurso interposto, à luz do **Tema 1365 do STJ**.

Certidão à fl. 89, informando o trânsito em julgado do paradigma do **Tema 1365 do STJ**.

Decisão desta Terceira Vice-Presidência, às fls. 91/95, determinando a devolução dos autos para eventual juízo de retratação, à luz do **Tema 1365 do STJ**.

Novo acórdão proferido, às fls. 113/118, na qual exerceu juízo de retratação negativo e justificou o dano moral, assim ementado:

“APELAÇÃO CÍVEL. JUÍZO DE RETRATAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA MÉDICO-ASSISTENCIAL. MENOR COM 10 MESES DE VIDA. CONTRATAÇÃO DO PLANO COM ISENÇÃO DE CARÊNCIA. NEGATIVA DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E SESSÕES DE FISIOTERAPIA SOB ALEGAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE PRAZO DE CARÊNCIA. TEMA 1365 DO STJ. AUSÊNCIA DE DANO MORAL PRESUMIDO PELA SIMPLES RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. NECESSIDADE DE ANÁLISE DAS PECULIARIDADES DO CASO CONCRETO. SITUAÇÃO QUE ULTRAPASSA O MERO ABORRECIMENTO. VIOLAÇÃO A DIREITOS DA PERSONALIDADE DA MENOR, NOTADAMENTE À SAÚDE E À DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DANO MORAL CONFIGURADO. MANUTENÇÃO DA INDENIZAÇÃO FIXADA EM R\$ 10.000,00. VALOR ARBITRADO EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E

*PROPORCIONALIDADE. ACÓRDÃO MANTIDO
EM SEDE DE RETRATAÇÃO*

É o brevíssimo relatório.

Trata-se, na origem, de ação de obrigação de fazer c/c indenizatória ajuizada pela autora, ora recorrida, alegando que foi ofertada a possibilidade de inclusão da menor no plano de saúde familiar, sem necessidade de cumprimento de carência, o que foi posteriormente aceito. Entretanto, apesar da contratação e do pagamento regular das mensalidades, os réus vêm recusando a autorização de consultas e fisioterapia, sob a alegação de existência de carência. Sentença de procedência que foi mantida pelo Colegiado ao reconhecer que a autora aderiu ao plano sob a condição de isenção de carência, sendo indevida a posterior negativa de cobertura.

O recurso não merece seguimento.

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."

Vejamos, para tanto, o que restou fundamentado pelo Colegiado em sede de juízo negativo de retratação:

"...no caso concreto, a parte autora contratou o plano com isenção de carência. Ainda assim, a operadora de saúde recusou-se a agendar consultas médicas e sessões de fisioterapia para a menor, sob o argumento de que havia prazo de carência a cumprir.

Pontue-se que, à época, a parte autora contava com 10 meses de vida.

Assim, é evidente que a recusa indevida ultrapassa a esfera de mero aborrecimento, revelando verdadeira violação aos direitos indisponíveis da menor, especialmente a saúde e sua dignidade.

A fixação da verba compensatória por danos morais deve atender ao caráter reparador da responsabilidade civil, a gravidade e a extensão do dano, a culpabilidade do agente, bem como a condição financeira das partes envolvidas, e as peculiaridades do caso concreto..."

Nesse passo, observe que a Câmara de origem justificou pormenorizadamente o porquê da indenização pelos danos morais, adequando-o à

orientação lançada pelo Superior Tribunal de Justiça por oportunidade do julgamento do mérito do paradigma do seu **Tema 1365 do STJ**.

Mais adiante, o detido exame das razões recursais revela que o demandante, ora recorrente, ao impugnar o acórdão recorrido que reconheceu **que a autora aderiu ao plano sob a condição de isenção de carência, sendo indevida a posterior negativa de cobertura**, 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, soberanamente decidida pelas instâncias ordinárias.

Confira-se a fundamentação do acórdão:

“...o fornecedor se vincula à oferta e à publicidade veiculadas, devendo cumpri-las exatamente como propostas. Assim, uma vez comprovada a oferta de inclusão sem carência, a negativa de cobertura posterior representa violação à boa-fé objetiva e ao dever de informação, configurando falha na prestação do serviço...”

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*).

Ressalte-se, ainda, que o Recurso Especial não é a seara destinada à apreciação interpretativa de cláusulas contratuais, consoante pontua o **Enunciado nº 5 da Súmula de jurisprudência do STJ** (*“A simples interpretação de cláusula contratual não enseja recurso especial”*). Nesta esteira (grifei):

*“PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PORTABILIDADE. APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS. DEVER DE INFORMAÇÃO. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. CORRETOR QUE ATUA COMO REPRESENTANTE DA OPERADORA. PROMESSA DE ISENÇÃO DE CARÊNCIA NÃO CUMPRIDA. ABUSIVIDADE RECONHECIDA NA ORIGEM. REEXAME DE PROVAS E INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL PREJUDICADA. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL. 1. No caso em epígrafe, restou demonstrado que a consumidora foi informada expressamente pelo corretor representante da operadora recorrente de que faria jus à portabilidade com aproveitamento integral das carências já cumpridas, fato corroborado pelas provas juntadas aos autos. 2. O descumprimento do dever de informação e a subsequente exigência de novos prazos de carência, em contrariedade ao que foi garantido pelo representante que intermediou o contrato, configura prática abusiva e enseja a responsabilidade da operadora de saúde. **3. Para suplantiar a conclusão da Corte estadual acerca da identificação da falha no dever de informação e da responsabilidade da operadora e seu representante, seria necessário o reexame do acervo fático-***

probatório (mensagens eletrônicas e documentos particulares) e a interpretação de cláusulas contratuais, providências vedadas em sede de recurso especial, ante o óbice das Súmulas 5 e 7 do STJ. 4. A incidência de óbices sumulares processuais inviabiliza o recurso especial também pela alínea "c" do inciso III do art. 105 da Constituição Federal, ficando prejudicado o exame da divergência jurisprudencial. 5. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial."

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRIBUNAL A QUO ENTENDEU QUE A SEGURADORA FERIU A BOA-FÉ CONTRATUAL E O DEVER DE INFORMAÇÃO. REEXAME DE MATÉRIA FÁTICO-PROBATÓRIA E ANÁLISE DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 7 E 5 DO STJ. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO ESPECÍFICA DO ACÓRDÃO ESTADUAL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 283/STF. AGRAVO DESPROVIDO. 1. O Tribunal de origem, à luz das provas carreadas aos autos, concluiu que a recusa da seguradora em realizar exame médico - tomografia computadorizada dos seios da face - do segurado mostrou-se abusiva, à luz da boa-fé contratual e do dever de informação. Nesse contexto, considerando as circunstâncias do caso, a pretensão de revisar tal entendimento demandaria o revolvimento fático-

probatório e análise de cláusulas contratuais, o que é inviável em sede de recurso especial, conforme dispõem as Súmulas 5 e 7, ambas do STJ. 2. Com fundamento no art. 422 do Código Civil e no art. 51, IV, do CDC, o v. acórdão estadual assentou que o segurado cumpriu o prazo de carência estipulado no contrato de plano de saúde. Por sua vez, tal fundamento não foi impugnado nas razões do apelo nobre, atraindo o óbice da Súmula 283 do STF, segundo a qual: "É inadmissível o recurso extraordinário, quando a decisão recorrida assenta em mais de um fundamento suficiente e o recurso não abrange todos eles." 3. Agravo interno desprovido."

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 1365 do STJ, INADMITINDO-O** quanto às demais questões, nos termos da fundamentação supra.

Intime-se.

Rio de Janeiro, 1 de setembro de 2026.

Desembargador **HELENO NUNES**
Terceiro Vice-Presidente