



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2162676 - RJ (2024/0026477-0)

**RELATORA** : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
**RECORRENTE** : B J B Q DE O (MENOR)  
**REPR. POR** : R B DE Q  
**ADVOGADO** : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**RECORRIDO** : MEMORIAL SAÚDE LTDA  
**ADVOGADOS** : MARILIA VIEIRA DIAS BASTOS - RJ125821  
DAIANE RODRIGUES MARTINS - RJ185395  
**INTERES.** : MUNICIPIO DE RIO DE JANEIRO  
**INTERES.** : ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**INTERES.** : HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID LTDA

### EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA 211/STJ. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO. REMOÇÃO PARA HOSPITAL PÚBLICO. RESPONSABILIDADE DA OPERADORA. DANO MORAL AFASTADO PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 08/05/2021, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 21/07/2023 e concluso ao gabinete em 20/02/2024.

2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional, bem como sobre a obrigação de custeio, pela operadora de plano de saúde de segmentação ambulatorial, de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar, incluindo internação em UTI, depois das primeiras 12 horas do atendimento de emergência.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados, a despeito da oposição de embargos de declaração, impede o conhecimento do recurso especial (súmula 211/STJ).

4. Verifica-se, da leitura do acórdão recorrido, sem adentrar no acerto ou desacerto do julgamento, que, embora contrariando os interesses do recorrente, foram devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, estando suficientemente fundamentado, de modo a esgotar a prestação jurisdicional.

5. A Terceira Turma já decidiu que, “nos casos de urgência e emergência, após o lapso temporal de 12 (doze) horas, no qual se prestou todos os serviços médicos próprios do segmento ambulatorial, a eventual necessidade de internação hospitalar, por definição legal e regulamentar, refoge daquela segmentação ajustada”, e que “a operadora de saúde, a partir de então, não mais se responsabiliza, exceto quanto à obrigação de promover a remoção do paciente para unidade hospitalar (da rede pública ou privada, indicada pelo paciente ou familiar) na qual seja possível o

prosseguimento do atendimento hospitalar, se, no local, não houver condições para tanto” (REsp n. 1.764.859/RS, Terceira Turma, julgado em 6/11/2018, DJe de 8/11/2018; AgInt no REsp n. 1.760.667/DF, Terceira Turma, julgado em 18/3/2019, DJe de 22/3/2019).

6. A cessação dessa responsabilidade financeira não autoriza a operadora a abandonar o beneficiário que, tendo sido inicialmente atendido em hospital da rede credenciada, não possua condições de arcar com os custos da internação, seja no próprio ou em outro hospital privado, circunstância em que a operadora tem a obrigação de garantir a continuidade do atendimento do beneficiário, assegurando-lhe a sua remoção para um hospital público (arts. 2º e 7º da Resolução Consu nº 13/1998).

7. Não há como imputar ao beneficiário a responsabilidade pelo pagamento das despesas com sua internação em hospital privado, mesmo considerando o plano de saúde de segmentação ambulatorial, porque: (i) até a 12ª hora, a obrigação de custeio do atendimento de emergência recai, integralmente, sobre a operadora; e (ii) ultrapassadas as 12 horas do atendimento de emergência, incumbe à operadora providenciar a remoção do beneficiário para internação em hospital público, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS, o que não aconteceu na espécie.

8. A existência de fundamento não impugnado – quando suficiente para a manutenção das conclusões do acórdão recorrido – impede a apreciação do recurso especial (súmula 283/STF).

9. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, parcialmente provido.

## ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA, por unanimidade, conhecer em parte do recurso especial e, nessa extensão, dar-lhe parcial provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro e Daniela Teixeira votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 02 de abril de 2025.

MINISTRA NANCY ANDRIGHI

Relatora



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2162676 - RJ (2024/0026477-0)

**RELATORA** : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
**RECORRENTE** : B J B Q DE O (MENOR)  
**REPR. POR** : R B DE Q  
**ADVOGADO** : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**RECORRIDO** : MEMORIAL SAÚDE LTDA  
**ADVOGADOS** : MARILIA VIEIRA DIAS BASTOS - RJ125821  
DAIANE RODRIGUES MARTINS - RJ185395  
**INTERES.** : MUNICIPIO DE RIO DE JANEIRO  
**INTERES.** : ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**INTERES.** : HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID LTDA

### EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA 211/STJ. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO. REMOÇÃO PARA HOSPITAL PÚBLICO. RESPONSABILIDADE DA OPERADORA. DANO MORAL AFASTADO PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 08/05/2021, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 21/07/2023 e concluso ao gabinete em 20/02/2024.

2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional, bem como sobre a obrigação de custeio, pela operadora de plano de saúde de segmentação ambulatorial, de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar, incluindo internação em UTI, depois das primeiras 12 horas do atendimento de emergência.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados, a despeito da oposição de embargos de declaração, impede o conhecimento do recurso especial (súmula 211/STJ).

4. Verifica-se, da leitura do acórdão recorrido, sem adentrar no acerto ou desacerto do julgamento, que, embora contrariando os interesses do recorrente, foram devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, estando suficientemente fundamentado, de modo a esgotar a prestação jurisdicional.

5. A Terceira Turma já decidiu que, “nos casos de urgência e emergência, após o lapso temporal de 12 (doze) horas, no qual se prestou todos os serviços médicos próprios do segmento ambulatorial, a eventual necessidade de internação hospitalar, por definição legal e regulamentar, refoge daquela segmentação ajustada”, e que “a operadora de saúde, a partir de então, não mais se responsabiliza, exceto quanto à obrigação de promover a remoção do paciente para unidade hospitalar (da rede pública ou privada, indicada pelo paciente ou familiar) na qual seja possível o

prosseguimento do atendimento hospitalar, se, no local, não houver condições para tanto” (REsp n. 1.764.859/RS, Terceira Turma, julgado em 6/11/2018, DJe de 8/11/2018; AgInt no REsp n. 1.760.667/DF, Terceira Turma, julgado em 18/3/2019, DJe de 22/3/2019).

6. A cessação dessa responsabilidade financeira não autoriza a operadora a abandonar o beneficiário que, tendo sido inicialmente atendido em hospital da rede credenciada, não possua condições de arcar com os custos da internação, seja no próprio ou em outro hospital privado, circunstância em que a operadora tem a obrigação de garantir a continuidade do atendimento do beneficiário, assegurando-lhe a sua remoção para um hospital público (arts. 2º e 7º da Resolução Consu nº 13/1998).

7. Não há como imputar ao beneficiário a responsabilidade pelo pagamento das despesas com sua internação em hospital privado, mesmo considerando o plano de saúde de segmentação ambulatorial, porque: (i) até a 12ª hora, a obrigação de custeio do atendimento de emergência recai, integralmente, sobre a operadora; e (ii) ultrapassadas as 12 horas do atendimento de emergência, incumbe à operadora providenciar a remoção do beneficiário para internação em hospital público, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS, o que não aconteceu na espécie.

8. A existência de fundamento não impugnado – quando suficiente para a manutenção das conclusões do acórdão recorrido – impede a apreciação do recurso especial (súmula 283/STF).

9. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, parcialmente provido.

## RELATÓRIO

Examina-se recurso especial interposto por B J B Q DE O, fundado na alínea “a” do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/RJ.

**Ação:** de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral, ajuizada por B J B Q DE O, representante por sua genitora (R B DE Q), em face de MEMORIAL SAÚDE LTDA, HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID LTDA, MUNICIPIO DE RIO DE JANEIRO e ESTADO DO RIO DE JANEIRO, pretendendo a internação hospitalar, porque decorridas as primeiras 12 horas do atendimento de emergência realizado às expensas da operadora do plano de saúde de segmentação ambulatorial.

**Reconvenção:** apresentada pela MEMORIAL SAÚDE LTDA, pedindo o pagamento das despesas com internação hospitalar após as primeiras 12 horas.

**Sentença:** o Juízo de primeiro grau julgou procedente o pedido de B J B Q DE O e improcedente a reconvenção.

**Acórdão:** o TJ/RJ, por unanimidade, deu parcial provimento à apelação da MEMORIAL SAÚDE LTDA “para julgar improcedente o pleito autoral e parcialmente procedente o pleito reconvenicional, determinando-se a restituição das despesas médico-hospitalares, a serem apuradas em sede de liquidação de sentença, comprovadamente adimplidas pela reconvincente no período que

ultrapassou o prazo de 12 (doze) horas, contratualmente estabelecido” (fl. 856, e-STJ). Eis a ementa do acórdão:

Apelação cível. Plano de saúde ambulatorial. Reconvenção. Cobertura reduzida, pagando o demandante o preço Equivalente a tais limitações. Sentença de procedência que confirmou a tutela antecipada e fixou verba indenizatória a título de dano moral. Cláusula contratual a qual prevê, expressamente e de forma destacada, quanto à urgência e emergência, que será assegurada a cobertura apenas durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. Ausência de cobertura contratual para internação. Incidência, à espécie, do disposto no art. 12, I, da Lei nº 9.656/98, art. 2 da Resolução do Consu nº 13/1998 e art.

18 da Resolução normativa da ANS nº 465/2021. Inexistência de ato ilícito por parte da operadora. Súmula nº 302 do STJ que não se aplica ao caso. Dano moral não configurado. Sentença que se reforma para julgar improcedente o pleito autoral parcialmente procedente o pleito reconvenicional, determinando-se a restituição das despesas médico-hospitalares, a serem apuradas em sede de liquidação de sentença, comprovadamente adimplidas pela operadora de saúde, no que ultrapassou o prazo de 12 (doze) horas, contratualmente estabelecido.

Precedentes desta corte. Recurso a que se dá parcial provimento.

**Embargos de declaração:** opostos por B J B Q DE O, foram rejeitados.

**Recurso especial:** aponta violação dos arts. 7º, 11, 371, 489, § 1º e incisos, 1.022, II, do CPC; dos arts. 12 e 35-C da Lei 9.656/1998; do art. 51, IV, do CDC.

A par da negativa de prestação jurisdicional, afirma que, “mesmo ciente do grave quadro de saúde do recorrente o plano não autorizou a internação e a cirurgia, alegando, além da ausência de cobertura contratual, a impossibilidade de atendimento após as primeiras 12 horas” (fl. 933, e-STJ); que “a resolução do CONSU (nº 13/1998) citada pelo v. acórdão recorrido, evidentemente, disciplina os planos ambulatoriais de forma ilegal, uma vez que são atos normativos infralegais que claramente contrariam a legislação de regência”; e que, “ao restringir a cobertura de internação e cirurgia, a referida resolução acaba por limitar o alcance do dever estabelecido no artigo 35-C da Lei nº 9.656/98, o que somente seria possível por lei, e não por regulamento” (fl. 934, e-STJ).

Sustenta que “o artigo 12, inciso II, alínea “a”, do referido diploma legal, veda a limitação temporal em caso de internação hospitalar, razão por que não há que se falar que apenas são cobertas às 12 horas iniciais de internação” e que “o v. Acórdão recorrido, ignora o entendimento jurisprudencial consolidado há anos no enunciado de Súmula nº 302 do STJ” (fl. 934, e-STJ).

Alega que “o artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/98 estabelece que, ainda que a segmentação do plano seja ambulatorial, a operadora deve prestar os atendimentos de urgência e de emergência, e, somente depois, remover, sob a sua responsabilidade e ônus, o paciente para uma unidade do SUS, que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento” (fl. 935, e-STJ).

Defende que, “como as cláusulas contratuais que repetem os comandos do art. 2º e do art. 7º da Resolução CONSU nº 13/98 são flagrantemente contraditórias, a interpretação que deve prevalecer, segundo o art. 423 do Código Civil e o art. 47 da Lei nº 8.078/90, é a mais benéfica ao aderente e consumidor”, acrescentando que “a operadora do plano de saúde só pode remover o paciente depois de realizados todos os procedimentos de urgência e de emergência, e é responsável pelo consumidor até a sua efetiva remoção e registro na unidade do SUS” (fl. 935, e-STJ).

Argumenta que “nada impede que a operadora Recorrida ingresse com ação de regresso para reaver do poder público os valores despendidos com a internação em unidade de terapia intensiva e possível cirurgia do recorrente” (fl. 936, e-STJ).

Assevera que “a manutenção da internação no Hospital Memorial Fuad Chidid não se deu por vontade do recorrente, visto que foi inserido na Central de Regulação de Vagas em 08/05/2021 (e-fl. 113, processo de origem), porém não houve a transferência para hospital da rede pública, por ausência de vagas, fato que não lhe pode ser imputado” e que “deverá ser atribuído ao Estado do Rio de Janeiro e ao Município do Rio de Janeiro o ônus financeiro decorrente do período de internação superior a 12 horas” (fl. 938, e-STJ).

**Juízo prévio de admissibilidade:** o TJ/RJ inadmitiu o recurso, dando azo à interposição do AREsp 2.557.786/RJ, provido para determinar a conversão em especial (fl. 1.052, e-STJ).

**Parecer do MPF:** da lavra do Subprocurador-Geral da República Sady d'Assumpção Torres Filho, pelo provimento do recurso.

É o relatório.

## VOTO

O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional, bem como sobre a obrigação de custeio, pela operadora de plano de

saúde de segmentação ambulatorial, de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar, incluindo internação em UTI, depois das primeiras 12 horas do atendimento de emergência.

## **1. DA RECONSTRUÇÃO CONTEXTUAL**

1. Consta dos autos que B J B Q DE O (recorrente), menor impúbere, é beneficiário do plano de saúde, de segmentação ambulatorial, operado pela MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido).

2. Em 08/05/2021, B J B Q DE O (recorrente) foi atendido no HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID, apresentando quadro clínico grave de asma, ocasião em que o médico assistente requereu a sua internação em unidade de tratamento intensivo (UTI)

3. Diante da recusa da MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido), foi requerida a concessão de tutela de urgência, a qual foi deferida para impor à operadora a manutenção e custeio da internação de B J B Q DE O (recorrente), sem limitação temporal e, de preferência, no hospital credenciado onde se encontrava (HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID).

4. Em 10/05/2021, B J B Q DE O (recorrente) foi transferido para a Casa de Saúde Assistência Médica Infantil de Urgência, onde permaneceu até 22/05/2021, quando obteve alta.

## **2. DA AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO**

5. O TJ/RJ não decidiu, sequer implicitamente, acerca dos arts. 7º, 11 e 371 do CPC, indicados como violados, tampouco se manifestou sobre os argumentos deduzidos nas razões recursais acerca dos referidos dispositivos legais, a despeito da oposição de embargos de declaração.

6. Por isso, o julgamento do recurso especial, quanto a essa questão, é inadmissível por incidência da súmula 211/STJ.

## **3. DA NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL**

7. Alega B J B Q DE O (recorrente) que o TJ/GO não se manifestou sobre fatos relevantes para a comprovação da responsabilidade da MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido) pelo custeio do atendimento de emergência até a efetiva alta médica.

8. Sobre essa questão, consta do acórdão recorrido:

A questão versada no feito não é nova, eis que quando do julgamento do Agravo de Instrumento nº. **0033715-96.2021.8.19.0000**, restou evidenciada pelo Colegiado a imperiosa exclusão da obrigação de a operadora de saúde proceder à internação do demandante, à própria custa, no que ultrapassar o prazo contratualmente estabelecido de 12 (doze) horas.

Assim, já naquela oportunidade, fixou-se a exegese de que ao contratar um plano com cobertura evidentemente limitada, não pode a parte autora pleitear atendimento dela excluído.

Com efeito, da detida análise dos autos, constata-se que o autor, ora apelado, contratou perante a operadora de plano de saúde apelante, um plano meramente ambulatorial (Especial Light I) que, consoante a “cláusula primeira” – item 3 do ajuste firmado (índice 260, fls. 261), **não prevê a cobertura de internações**, mas tão somente serviços de assistência médica ambulatorial e tratamentos, de diagnóstico e terapia. Ademais, vislumbra-se que a cláusula quarta destaca, de forma clara e objetiva, que o plano contratado não contempla internação hospitalar. Veja-se:

(...)

Acresça-se, ainda, que ao aderir ao contrato em questão, o demandante assinou uma declaração em que estava ciente da possibilidade de contratar um plano ambulatorial/hospitalar (índice 242, fls. 248), nos termos do art. 12, §2º, da Lei 9.656/98. Confira-se:

(...)

No mesmo sentido, consta expressamente da cláusula décima quinta, item 1.1, do referido contrato que, quanto aos casos de urgência e emergência, será assegurada a cobertura até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, de forma clara, cujo título se encontra em caixa alta.

Vale destacar que nos termos do art. 12, I, da lei 9.656/98 admite-se a oferta ao público do plano com cobertura meramente ambulatorial.

Nesse passo, vale ressaltar que o pacto firmado encontra respaldo no art. 2º da Resolução do CONSU nº 13/1998, que ao disciplinar as questões relativas aos atendimentos de urgência e emergência no âmbito do plano ambulatorial dispõe:

(...)

Frise-se, por fim, que a Resolução Normativa da ANS nº 465/2021, ao atualizar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, tratou do plano ambulatorial, o qual envolve os atendimentos em consultórios e ambulatórios e os definidos como de urgência e emergência.

Entretanto, tal espécie de contratação não abrange internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, exijam estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares. É o que se extrai da leitura do caput do art. 18 da aludida Resolução Normativa:

(...)

Forçoso convir, que a coexistência de diversos planos com coberturas variáveis enseja, por sua vez, contraprestações diversas e que impor ao apelante a obrigação de prestar um serviço, a despeito das previsões contratuais retro mencionadas, importaria em grave desequilíbrio contratual.

De fato, afigura-se absolutamente descabido inserir na segmentação ambulatorial, que pressupõe justamente a não cobertura de internação e atendimento hospitalar, as regras próprias dessa segmentação.

(...)

Destaca-se, ainda, que o Col. STJ possui entendimento consolidado no sentido de ser legítima a limitação do tempo máximo para internação em casos de urgência e emergência atendidos no âmbito de plano ambulatorial, de modo que, nestas hipóteses, não se aplica a súmula nº 302, que dispõe ser abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado, a qual se direciona aos contratos com previsão de assistência hospitalar.

Em que pese tratar-se de relação consumerista, havendo clareza na exposição das limitações, deverá prevalecer a autonomia da vontade, protegendo-se a segurança nas relações contratuais, as expectativas de ambas as partes e o equilíbrio econômico do contrato.

Deste modo, ultrapassado o período de 12 (doze) horas contratualmente previsto, deverá o contratante arcar com os custos da internação, consoante entendimento perflhado por esta Corte de Justiça, *verbis*:

(...)

*In casu*, houve antecipação dos efeitos da tutela na data de 08.05.2021 (índice 031), determinando-se a manutenção e custeio da internação do autor sem limitação temporal, de preferência no hospital credenciado da operadora de saúde (Hospital Memorial Fuad Chidid). O demandante permaneceu no mencionado nosocômio até 10.05.2021 e foi transferido para a Casa de Saúde Assistência Médica Infantil de Urgência, onde permaneceu até 22/05/2021, quando obteve alta.

Como se vê no índice 443, houve reforma da aludida decisão que antecipou os efeitos da tutela, para excluir a obrigação de a apelante proceder à internação do requerente à própria custa no que ultrapassar o prazo de 12 (doze) horas, contratualmente estabelecido, mantendo-se a decisão agravada em seus demais termos.

Assim, é possível afirmar que, no caso em exame, **eventual recusa da 1ª ré em autorizar a internação do autor não foi injustificada, não havendo que se cogitar em conduta ilícita por parte da operadora de saúde a ensejar reparação por danos morais.** (fls. 859-, e-STJ – grifos no original)

9. Verifica-se, da leitura do acórdão recorrido, sem adentrar no acerto ou desacerto do julgamento, que, embora contrariando os interesses de J B Q DE O (recorrente), foram devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, estando suficientemente fundamentado, de modo a esgotar a prestação jurisdicional.

10. À vista disso, não há omissão a ser suprida, de modo que não se vislumbra a alegada negativa de prestação jurisdicional.

#### **4. DO CUSTEIO, PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE DE SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL, DE PROCEDIMENTOS EXCLUSIVOS DE COBERTURA HOSPITALAR, INCLUINDO INTERNAÇÃO EM UTI, DEPOIS DAS PRIMEIRAS 12 HORAS DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

11. A Terceira Turma, ao examinar a questão, decidiu que, “nos casos de urgência e emergência, após o lapso temporal de 12 (doze) horas, no qual se prestou todos os serviços médicos próprios do segmento ambulatorial, a eventual necessidade de internação hospitalar, por definição legal e regulamentar, refoge daquela segmentação ajustada”, e que, nessa hipótese, “a operadora de saúde, a partir de então, não mais se responsabiliza, exceto quanto à obrigação de promover a remoção do paciente para unidade hospitalar (da rede pública ou privada, indicada pelo paciente ou familiar) na qual seja possível o prosseguimento do atendimento hospitalar, se, no local, não houver condições para tanto” (REsp n. 1.764.859/RS, Terceira Turma, julgado em 6/11/2018, DJe de 8/11/2018; AgInt no REsp n. 1.760.667/DF, Terceira Turma, julgado em 18/3/2019, DJe de 22/3/2019).

12. Extrai-se do voto condutor do acórdão do citado REsp 1.764.859/RS, o seguinte trecho, relevante para o deslinde da controvérsia:

De início, é de suma relevância consignar que todo plano de assistência à saúde — em detida observância às características de sua específica segmentação contemplada no art. 12 da Lei n. 9.656/1998, cuja cobertura há de

**observar, no mínimo, a extensão dos serviços médicos constantes no plano referência, previsto no art. 10 do mesmo diploma legal — deverá prover a cobertura dos procedimentos de urgência e de emergência.**

A esse propósito, saliente-se que o art. 10 da Lei n. 9.656/1998 estabelece o denominado plano e seguro-saúde referência, que especifica a extensão mínima de cobertura que deverão conter o atendimento ambulatorial, a internação hospitalar, o atendimento obstétrico e o atendimento odontológico para todas as doenças catalogadas na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde, pela Organização Mundial de Saúde (em relação às últimas segmentações, todas as doenças relacionadas às áreas de obstetrícia e odontologia).

Não há obrigatoriedade de o plano de assistência à saúde abarcar todas as referidas segmentações, devidamente destacadas no art. 12 da lei de regência (o atendimento ambulatorial, a internação hospitalar, o atendimento obstétrico e o atendimento odontológico), sendo absolutamente possível ao segurado contratar conjunta ou separadamente cada uma das segmentações, o que, naturalmente, deve refletir em sua contraprestação, como decorrência lógica dos contratos bilaterais sinalagmáticos. O que é compulsório, como visto, é que a segmentação de cobertura eleita pelas partes ofereça, no mínimo, necessariamente, a extensão dos serviços médicos estabelecidos no plano de referência para aquela segmentação.

(...)

A obrigatoriedade de cobertura dos procedimentos de urgência e de emergência é corroborada, ainda, pela própria interpretação sistemática a que se deve conferir à lei de regência, notadamente ao estabelecer, para tais situações, o exíguo prazo de 24 (vinte e quatro) horas de carência. Preconiza, ainda, para os casos de urgência e de emergência, em que não se afigurar possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, a responsabilidade da empresa de plano de saúde, mediante reembolso, pelos custos e despesas médicas expendidos pelo contratante em tais condições, limitada, no mínimo, aos preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto (ut REsp 1.286.133/MG, desta relatoria, Terceira Turma, julgado em 05/04/2016, DJe 11/04/2016). Tudo a evidenciar a necessidade de cobertura, em tais circunstâncias extremas.

**Todavia, esta cobertura obrigatória dos procedimentos de urgência e de emergência em todos os planos de assistência à saúde há de observar, necessariamente, a abrangência da segmentação efetivamente contratada.**

Saliente-se, a esse propósito, que o Conselho de Saúde Suplementar editou a Resolução n. 13, de 3 de novembro de 1998, que disciplinou a cobertura do atendimento (obrigatório) nos casos de urgência e de emergência, com especificação de sua abrangência em cada segmentação de atendimento.

**No que importa à presente controvérsia, ao regulamentar o segmento atendimento ambulatorial, a Resolução CONSU n. 13 preceituou, em seu art. 2º, que o correlato plano deverá garantir a cobertura de urgência e de emergência, limitada até as 12 (doze) primeiras horas do atendimento. Estabeleceu-se que, superado esse espaço de tempo, e sendo necessária a internação hospitalar — atendimento que refoge do segmento atendimento ambulatorial —, cessa a responsabilidade financeira da operadora e, caso, a unidade hospitalar em que o paciente se encontre não tenha condições de conferir prosseguimento no atendimento do paciente, deverá, ainda, promover sua remoção para hospital capacitado para tal (o dever de remoção ao final mencionado foi explicitado nas resoluções que se seguiram, adiante referidas). (grifou-se)**

13. É de ver, portanto, que, em se tratando de plano de saúde de segmentação ambulatorial, a obrigação de cobertura de atendimento de urgência /emergência se limita às primeiras 12 horas, não se responsabilizando a operadora pelo custeio de eventual internação que se faça necessária após esse tempo.

14. Entretanto, a cessação dessa responsabilidade financeira não autoriza a operadora a abandonar o beneficiário que, tendo sido inicialmente atendido em hospital da rede credenciada, não possua condições de arcar com os custos da internação, seja no próprio ou em outro hospital privado.

15. Nessa circunstância, embora não seja obrigada a custear a internação, a operadora tem a obrigação de garantir a continuidade do atendimento do beneficiário, assegurando-lhe a sua remoção para um hospital público.

16. Eis o que estabelecem, a propósito, os arts. 2º e 7º da Resolução Consu nº 13/1998, que dispõem sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência:

**Art. 2º. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.**

Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

**Art. 7º. A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.**

§ 1º. Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora desses ônus.

§ 2º Caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento. (Redação dada ao parágrafo pela [Resolução CONSU nº 15, de 23.03.1999](#), DOU 29.03.1999)

§ 3º. Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, **só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.**

§ 4º Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º deste artigo, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção. (NR) (Parágrafo acrescentado pela [Resolução CONSU nº 15, de 23.03.1999](#), DOU 29.03.1999)

17. Aqui reside, então, a peculiaridade deste recurso: é fato incontroverso nos autos que, superadas as 12 horas do atendimento de emergência realizado pelo HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID, e sendo necessária

a internação de B J B Q DE O (recorrente) em UTI, foi solicitada a sua transferência para um hospital da rede pública, a qual somente não se realizou por ausência de vagas, consoante registrado na sentença:

Às fls. 113/114 a Superintendência de Regulação informa:

"(...) A ordem judicial determinava que providenciassem vaga e a transferência do Autor, em transporte adequado, para internação em CTI de Hospital da rede pública, devendo fornecer todos os exames, medicamentos, transferências em ambulância especializada e cirurgias, até seu completo restabelecimento.

**O paciente foi inserido no Sistema Estadual de Regulação - SER pela unidade solicitante HOSPITAL MEMORIAL ENGENHO DE DENTRO em 08/05/2021 . Durante este período foram encaminhadas solicitações de vagas para os Hospitais referenciados nas redes federais, estaduais e municipais, das quais recebemos respostas negativas em decorrência da falta do leito.**

Segundo informação inserida no Sistema Estadual de Regulação (SER), o paciente foi transferido e internado no AMIU BOTAFOGO, em 10/05/2021.

**O paciente foi reinserido no Sistema Estadual de Regulação - SER pela unidade solicitante AMIU BOTAFOGO em 11/05/2021. Durante este período foram encaminhadas solicitações de vagas para os Hospitais referenciados nas redes federais, estaduais e municipais, das quais recebemos respostas negativas em decorrência da falta do leito.**

**O paciente recebeu alta hospitalar melhorada em 25/05/2021, tendo sido cancelada a solicitação de transferência pela unidade solicitante.**

Desta forma, verifica-se que a decisão judicial perdeu seu objeto, afastando assim a incidência de eventual sanção que tenha sido imposta." (fls. 651-652, e-STJ – grifou-se)

18. Importante frisar que o art. 33 do Código de Ética Médica estabelece que é vedado ao médico “deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência quando não houver outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo”.

19. Assim, a indisponibilidade de vagas para internação no SUS não afasta a obrigação do hospital em que se encontrava B J B Q DE O (recorrente) de dar continuidade ao tratamento prescrito até a sua efetiva remoção para a unidade da rede pública ou até a sua alta hospitalar.

20. Por sinal, estando o beneficiário em atendimento de urgência /emergência em hospital da rede credenciada, não é razoável exigir que ele próprio tome as providências necessárias e assumas os riscos da sua remoção para hospital público, tampouco é razoável esperar que ele simplesmente deixe o hospital particular, no curso do seu tratamento, por não ter condições financeiras de arcar com as respectivas despesas.

21. Nessa toada, forçoso concluir, por qualquer ângulo que se analise a questão, que não há como imputar a B J B Q DE O (recorrente) a responsabilidade pelo pagamento das despesas com sua internação em hospital privado, mesmo considerando o plano de saúde de segmentação ambulatorial, porque: (i) até a 12ª

hora, a obrigação de custeio do atendimento de emergência recai, integralmente, sobre a MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido); e (ii) ultrapassadas as 12 horas do atendimento de emergência, incumbe à MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido) providenciar a remoção de J B Q DE O (recorrente) para internação em hospital público, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS, o que não aconteceu na espécie.

22. Logo, perante o hospital da rede credenciada e B J B Q DE O (recorrente), a responsabilidade pelo pagamento das despesas com a internação deste é da MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido), que poderá, eventualmente, buscar o ressarcimento do Poder Público em virtude da indisponibilidade de vagas para receber e dar continuidade ao atendimento do menor.

## **5. DO FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO**

23. Quanto ao dano moral, J B Q DE O (recorrente) não impugnou o fundamento utilizado pelo TJ/RJ de que, “embora houvesse a negativa diante da natureza do contrato, o demandante não restou desguarnecido de cuidados médicos hospitalares” (fls. 866-867, e-STJ).

24. Aplica-se, na hipótese, a súmula 283/STF.

## **6. DISPOSITIVO**

Forte nessas razões, CONHEÇO EM PARTE DO RECURSO ESPECIAL E, NESSA EXTENSÃO, DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO para reformar o acórdão recorrido, a fim de julgar parcialmente procedente o pedido de J B Q DE O, condenando a MEMORIAL SAÚDE LTDA ao pagamento das despesas com a internação, e julgar improcedente a reconvenção apresentada por MEMORIAL SAÚDE LTDA.

Com relação à demanda principal, tendo em vista a sucumbência recíproca, condeno a MEMORIAL SAÚDE LTDA e J B Q DE O ao pagamento, cada um, de 50% (cinquenta por cento) das custas e honorários advocatícios, arbitrados estes em 10% (dez por cento) do valor da condenação, observada eventual concessão de gratuidade de justiça.

Com relação à reconvenção, condeno a MEMORIAL SAÚDE LTDA ao pagamento das custas e honorários advocatícios, arbitrados estes em 10% (dez por cento) do valor da causa.



## **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

**RECURSO ESPECIAL Nº 2162676 - RJ (2024/0026477-0)**

**RELATORA** : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**  
**RECORRENTE** : **B J B Q DE O (MENOR)**  
**REPR. POR** : **R B DE Q**  
**ADVOGADO** : **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**RECORRIDO** : **MEMORIAL SAÚDE LTDA**  
**ADVOGADOS** : **MARILIA VIEIRA DIAS BASTOS - RJ125821**  
: **DAIANE RODRIGUES MARTINS - RJ185395**  
**INTERES.** : **MUNICIPIO DE RIO DE JANEIRO**  
**INTERES.** : **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**INTERES.** : **HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID LTDA**

### **VOTO-VOGAL**

#### **O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS:**

Cuida-se de recurso especial interposto por B. J. B. Q. DE O. (menor), representado por R. B. DE Q., fundamentado na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJRJ assim ementado:

Apelação cível. Plano de saúde ambulatorial. Reconvenção. Cobertura reduzida, pagando o demandante o preço Equivalente a tais limitações. Sentença de procedência que confirmou a tutela antecipada e fixou verba indenizatória a título de dano moral. Cláusula contratual a qual prevê, expressamente e de forma destacada, quanto à urgência e emergência, que será assegurada a cobertura apenas durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento. Ausência de cobertura contratual para internação. Incidência, à espécie, do disposto no art. 12, I, da Lei nº 9.656/98, art. 2 da Resolução do Consu nº 13/1998 e art. 18 da Resolução normativa da ANS nº 465/2021. Inexistência de ato ilícito por parte da operadora. Súmula nº 302 do STJ que não se aplica ao caso. Dano moral não configurado. Sentença que se reforma para julgar improcedente o pleito autoral parcialmente procedente o pleito reconvenicional, determinando-se a restituição das despesas médico-hospitalares, a serem apuradas em sede de liquidação de sentença, comprovadamente adimplidas pela operadora de saúde, no que ultrapassou o prazo de 12 (doze) horas, contratualmente estabelecido. Precedentes desta corte. Recurso a que se dá parcial provimento.

Razões do especial aduzem violação dos arts. 7º, 11, 371, 489, § 1º e incisos, 1.022, II, do CPC; 12 e 35-C da Lei n. 9.656/1998; e 51, IV, do CDC.

Resume a relatora:

O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional, bem como sobre a obrigação de custeio, pela operadora de plano de saúde de segmentação ambulatorial, de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar, incluindo internação em UTI, depois das primeiras 12 horas do atendimento de emergência.

É, no essencial, o relatório.

Acompanho, de pronto, o voto da relatora para não conhecer do recurso no que tange aos arts. 7º, 11 e 371 do CPC em razão da ausência de prequestionamento (Súmula n. 211/STJ), bem como para rechaçar a alegação de contrariedade aos arts. 489 e 1.022 do CPC, porquanto decisão contrária ao interesse da parte não configura ausência de prestação jurisdicional.

No mérito, destaca a relatora, de início, que julgados do STJ já reconheceram a legalidade do prazo temporal de responsabilização de 12h dos planos de saúde na modalidade SEGMENTO AMBULATORIAL, de modo que eventual necessidade de internação hospitalar escapa do campo de atuação da segmentação ajustada: REsp n. 1.764.859/RS, Terceira Turma, DJe de 8/11/2018; AgInt no REsp n. 1.760.667/DF, Terceira Turma, DJe de 22/3/2019.

Por outro lado, também consigna a relatora que a ausência de responsabilização posterior ao prazo legal não afasta sua "obrigação de garantir a continuidade do atendimento do beneficiário, assegurando-lhe a sua remoção para um hospital público", ou mesmo a outro particular indicado pelo beneficiário.

Nesse aspecto, a Ministra Nancy Andrighi realça particularidade relativa à ausência de vaga em hospital público, de modo que enquanto não efetivada a remoção do beneficiário, a responsabilidade seria do plano de saúde. Vejamos:

17. Aqui reside, então, a peculiaridade deste recurso: é fato incontroverso nos autos que, superadas as 12 horas do atendimento de emergência realizado pelo HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID, e sendo necessária a internação de B J B Q DE O (recorrente) em UTI, foi solicitada a sua transferência para um hospital da rede pública, a qual somente não se realizou por ausência de vagas, consoante registrado na sentença:

[...]

19. Assim, a indisponibilidade de vagas para internação no SUS não afasta a obrigação do hospital em que se encontrava B J B Q DE O (recorrente) de dar continuidade ao tratamento prescrito até a sua efetiva remoção para a unidade da rede pública ou até a sua alta hospitalar.

20. Por sinal, estando o beneficiário em atendimento de urgência/emergência em hospital da rede credenciada, não é razoável exigir que ele próprio tome as providências necessárias e assumam os riscos da sua remoção para

hospital público, tampouco é razoável esperar que ele simplesmente deixe o hospital particular, no curso do seu tratamento, por não ter condições financeiras de arcar com as respectivas despesas.

21. Nessa toada, forçoso concluir, por qualquer ângulo que se analise a questão, que não há como imputar a B J B Q DE O (recorrente) a responsabilidade pelo pagamento das despesas com sua internação em hospital privado, mesmo considerando o plano de saúde de segmentação ambulatorial, porque: (i) até a 12<sup>a</sup> hora, a obrigação de custeio do atendimento de emergência recai, integralmente, sobre a MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido); e (ii) ultrapassadas as 12 horas do atendimento de emergência, incumbe à MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido) providenciar a remoção de J B Q DE O (recorrente) para internação em hospital público, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS, o que não aconteceu na espécie.

22. Logo, perante o hospital da rede credenciada e B J B Q DE O (recorrente), a responsabilidade pelo pagamento das despesas com a internação deste é da MEMORIAL SAÚDE LTDA (recorrido), que poderá, eventualmente, buscar o ressarcimento do Poder Público em virtude da indisponibilidade de vagas para receber e dar continuidade ao atendimento do menor.

Ante o exposto, **voto acompanhando a relatora, Ministra Nancy Andrichi, para conhecer em parte do recurso especial e dar-lhe parcial provimento.**

É como penso. É como voto.

CERTIDÃO DE JULGAMENTO  
TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2024/0026477-0

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.162.676 / RJ

Números Origem: 01026465120218190001 1026465120218190001 202324511448

PAUTA: 01/04/2025

JULGADO: 01/04/2025

**Relatora**

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. ONOFRE DE FARIA MARTINS

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

**AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : B J B Q DE O (MENOR)  
REPR. POR : R B DE Q  
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
RECORRIDO : MEMORIAL SAÚDE LTDA  
ADVOGADA : MARILIA VIEIRA DIAS BASTOS - RJ125821  
ADVOGADA : DAIANE RODRIGUES MARTINS - RJ185395  
INTERES. : MUNICIPIO DE RIO DE JANEIRO  
INTERES. : ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
INTERES. : HOSPITAL MEMORIAL FUAD CHIDID LTDA

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - Planos de saúde

**CERTIDÃO**

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A TERCEIRA TURMA, por unanimidade, conheceu em parte do recurso especial e, nessa extensão, deu-lhe parcial provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

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

 2024/0026477-0 - REsp 2162676