



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2050154 - MG (2023/0028513-7)

RELATOR : **MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**
RECORRENTE : UNIMED JUIZ DE FORA COOP DE TRABALHO MEDICO
LTDA.
ADVOGADOS : ALINE OLIVEIRA FREITAS - MG072585
IGOR MACIEL ANTUNES - MG074420
PRISCILA RODRIGUES MARIANO - MG148126
RECORRIDO : EDNA DO CARMO MARTINS DE ANDRADE
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS
GERAIS

EMENTA

DIREITO PRIVADO. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL. LIMITAÇÃO ÀS PRIMEIRAS 12 HORAS E INEXISTÊNCIA DE COBERTURA HOSPITALAR. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO EM PARTE E PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto contra acórdão em apelação cível nos autos de ação ordinária, que manteve a sentença e majorou honorários.
2. A controvérsia envolve ação de obrigação de fazer c/c indenização por dano moral, referente à negativa de cobertura do procedimento cirúrgico Derivação de Ventrículo Peritoneal em plano ambulatorial.
3. O Juízo de primeiro grau julgou procedentes os pedidos, confirmou a tutela de urgência, condenou ao pagamento de danos morais e fixou honorários.
4. A Corte de origem manteve integralmente a sentença e majorou os honorários.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

5. Há cinco questões em discussão: (i) saber se há violação ao art. 489 do CPC por deficiência de fundamentação; (ii) saber se houve contrariedade ao art. 6 da LINDB; (iii) saber se a cobertura de urgência/emergência em plano ambulatorial deve observar os limites da segmentação e do art. 12 da Lei n. 9.656/1998, com a incidência dos arts. 51 e 54 do CDC; (iv) saber se é possível o conhecimento de alegada ofensa ao art. 21 da Resolução Normativa n. 428/2017 da ANS; e (v) saber

se é devida a condenação por danos morais diante da negativa de cobertura e, subsidiariamente, a minoração do valor.

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. Não ocorreu a ofensa ao art. 489 do CPC, pois o acórdão enfrentou as questões essenciais da lide.

7. Não se verifica a alegada violação ao art. 6 da LINDB, por se tratar de tese articulada sob perspectiva constitucional, insuscetível de exame na via especial.

8. Não se conhece da alegada ofensa ao art. 21 da Resolução Normativa n. 428/2017 da ANS, por não se tratar de lei federal para fins do art. 105, III, a, da Constituição.

9. Em plano de saúde exclusivamente ambulatorial, a urgência/emergência observa a segmentação contratada, com cobertura limitada às primeiras 12 horas, não abrangendo internação hospitalar; não se aplica a Súmula n. 302 do STJ e incide a Súmula n. 608 do STJ sem ampliação da cobertura.

10. A negativa de cobertura, fundada em limitação contratual válida e na Lei n. 9.656/1998, constitui exercício regular de direito, afastando a condenação por dano moral.

IV. DISPOSITIVO E TESE

11. Recurso especial conhecido em parte e provido.

Tese de julgamento: “1. Em plano de saúde exclusivamente ambulatorial, a cobertura obrigatória de urgência e emergência limita-se às primeiras 12 horas de atendimento, não abrangendo internação hospitalar nem procedimentos cirúrgicos. 2. A aplicação do Código de Defesa do Consumidor não autoriza ampliar a segmentação assistencial livremente contratada nem criar obrigação incompatível com o plano ambulatorial. 3. A Súmula 302/STJ é inaplicável a plano ambulatorial por pressupor segmentação hospitalar. 4. A negativa de cobertura fundada em limites legais e contratuais válidos constitui exercício regular de direito e não gera dano moral. 5. Atos normativos secundários não configuram lei federal para fins de recurso especial, embora possam servir de parâmetro interpretativo da Lei n. 9.656/1998. 6. O STJ não conhece alegação de ofensa direta à Constituição Federal em recurso especial. 7. Não há violação ao art. 489 do CPC quando as questões essenciais à solução do litígio são enfrentadas.”.

Dispositivos relevantes citados: CPC, art. 489; LINDB, art. 6; CDC, arts. 51 e 54; CC, art. 188, I; Lei n. 9.656/1998, art. 12, II, *a*.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmulas n. 302 e 608; STJ, AREsp n. 2.754.406/RO, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgados em 25/5/2026; STJ, REsp n. 2.036.846/MA, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 27/10/2025; STJ, AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.488.552/PE, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 21/3/2023; STJ, REsp n. 1.969.812/MG, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 15/3/2022; STJ, REsp n. 1.764.859/RS, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma; STJ, AgInt no REsp n. 1.760.667/DF, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 23/06/2026 a 30/06/2026, por unanimidade, conhecer parcialmente do recurso e, nessa parte dar-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) votaram com o Sr. Ministro Relator.

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

Brasília, 30 de junho de 2026.

Ministro João Otávio de Noronha
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2050154 - MG (2023/0028513-7)

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
RECORRENTE : UNIMED JUIZ DE FORA COOP DE TRABALHO MEDICO LTDA.
ADVOGADOS : ALINE OLIVEIRA FREITAS - MG072585
IGOR MACIEL ANTUNES - MG074420
PRISCILA RODRIGUES MARIANO - MG148126
RECORRIDO : EDNA DO CARMO MARTINS DE ANDRADE
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

EMENTA

DIREITO PRIVADO. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL. LIMITAÇÃO ÀS PRIMEIRAS 12 HORAS E INEXISTÊNCIA DE COBERTURA HOSPITALAR. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO EM PARTE E PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto contra acórdão em apelação cível nos autos de ação ordinária, que manteve a sentença e majorou honorários.
2. A controvérsia envolve ação de obrigação de fazer c/c indenização por dano moral, referente à negativa de cobertura do procedimento cirúrgico Derivação de Ventrículo Peritoneal em plano ambulatorial.
3. O Juízo de primeiro grau julgou procedentes os pedidos, confirmou a tutela de urgência, condenou ao pagamento de danos morais e fixou honorários.
4. A Corte de origem manteve integralmente a sentença e majorou os honorários.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

5. Há cinco questões em discussão: (i) saber se há violação ao art. 489 do CPC por deficiência de fundamentação; (ii) saber se houve contrariedade ao art. 6 da LINDB; (iii) saber se a cobertura de urgência/emergência em plano ambulatorial deve observar os limites da segmentação e do art. 12 da Lei n. 9.656/1998, com a incidência dos arts. 51 e 54 do CDC; (iv) saber se é possível o conhecimento de alegada ofensa ao art. 21 da Resolução Normativa n. 428/2017 da ANS; e (v) saber se é devida a condenação por danos morais diante da negativa de cobertura e, subsidiariamente, a minoração do valor.

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. Não ocorreu a ofensa ao art. 489 do CPC, pois o acórdão enfrentou as questões essenciais da lide.
7. Não se verifica a alegada violação ao art. 6 da LINDB, por se tratar de tese articulada sob perspectiva constitucional, insuscetível de exame na via especial.
8. Não se conhece da alegada ofensa ao art. 21 da Resolução Normativa n. 428/2017 da ANS, por não se tratar de lei federal para fins do art. 105, III, a, da

Constituição.

9. Em plano de saúde exclusivamente ambulatorial, a urgência/emergência observa a segmentação contratada, com cobertura limitada às primeiras 12 horas, não abrangendo internação hospitalar; não se aplica a Súmula n. 302 do STJ e incide a Súmula n. 608 do STJ sem ampliação da cobertura.

10. A negativa de cobertura, fundada em limitação contratual válida e na Lei n. 9.656/1998, constitui exercício regular de direito, afastando a condenação por dano moral.

IV. DISPOSITIVO E TESE

11. Recurso especial conhecido em parte e provido.

Tese de julgamento: “1. Em plano de saúde exclusivamente ambulatorial, a cobertura obrigatória de urgência e emergência limita-se às primeiras 12 horas de atendimento, não abrangendo internação hospitalar nem procedimentos cirúrgicos. 2. A aplicação do Código de Defesa do Consumidor não autoriza ampliar a segmentação assistencial livremente contratada nem criar obrigação incompatível com o plano ambulatorial. 3. A Súmula 302/STJ é inaplicável a plano ambulatorial por pressupor segmentação hospitalar. 4. A negativa de cobertura fundada em limites legais e contratuais válidos constitui exercício regular de direito e não gera dano moral. 5. Atos normativos secundários não configuram lei federal para fins de recurso especial, embora possam servir de parâmetro interpretativo da Lei n. 9.656/1998. 6. O STJ não conhece alegação de ofensa direta à Constituição Federal em recurso especial. 7. Não há violação ao art. 489 do CPC quando as questões essenciais à solução do litígio são enfrentadas.”.

Dispositivos relevantes citados: CPC, art. 489; LINDB, art. 6; CDC, arts. 51 e 54; CC, art. 188, I; Lei n. 9.656/1998, art. 12, II, *a*.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmulas n. 302 e 608; STJ, AREsp n. 2.754.406/RO, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgados em 25/5/2026; STJ, REsp n. 2.036.846/MA, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 27/10/2025; STJ, AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.488.552/PE, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 21/3/2023; STJ, REsp n. 1.969.812/MG, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 15/3/2022; STJ, REsp n. 1.764.859/RS, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma; STJ, AgInt no REsp n. 1.760.667/DF, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED JUIZ DE FORA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA, com fundamento no art. 105, III, *a* e *c*, da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais em apelação cível nos autos de ação ordinária.

O julgado foi assim ementado (fl. 347):

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO ORDINÁRIA – CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE – CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – APLICABILIDADE – HIDROCEFALIA COM PRESSÃO NORMAL – INTERVENÇÃO CIRURGICA - DERIVAÇÃO DE VENTRÍCULO PERITONEAL (DVP) - TRATAMENTO NECESSÁRIO E INDISPENSÁVEL – NEGATIVA DE FORNECIMENTO – DANOS MORAIS CONFIGURADOS – RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. I - A interpretação sobre a cobertura ou não de determinado procedimento, exame ou tratamento, deve ser realizada à luz do Código de Defesa do Consumidor, independentemente de ter sido o ajuste firmado antes ou depois da entrada em vigor da Lei nº. 9.656/98. II - Não se pode admitir que as operadoras de saúde neguem a prestação de serviços quando o tratamento, além de ser prescrito por médico assistente, é de urgência. III - A injusta negativa de prestação dos serviços assistenciais à saúde interfere no bem-estar do enfermo e da família, causando insegurança, aflição e angústia. IV - Na fixação do valor da indenização por dano moral, deve o magistrado sopesar as lesões sofridas pela parte e a sua extensão, de forma sempre atenta aos princípios da proporcionalidade, da razoabilidade e da vedação ao enriquecimento ilícito.

Os embargos de declaração opostos foram decididos nestes termos (fl.

391):

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO – OMISSÃO – AUSÊNCIA – REDISCUSSÃO DA MATÉRIA DECIDIDA – IMPOSSIBILIDADE. I – Os embargos de declaração se constituem em modalidade de recurso de argumentação vinculada, porque somente cabíveis quando houver, no julgado hostilizado, obscuridade, contradição, omissão ou erro material sobre determinada questão. II – Dada a inocorrência de quaisquer das hipóteses legais previstas no artigo 1.022 do CPC/15, a rejeição dos presentes embargos é medida que se impõe.

Nas razões do especial, a recorrente sustenta, além de divergência jurisprudencial, violação dos arts. 6º da LINDB, 489 do CPC, 12 da Lei n. 9.656/1998, 51 e 54 do CDC, bem como do art. 21 da Resolução Normativa n. 428/2017 da ANS.

Afirma, em síntese, que a recorrida é beneficiária de plano de saúde de segmentação ambulatorial, sem cobertura para internação hospitalar, e que a cobertura de urgência e emergência nessa modalidade se limita às primeiras 12 horas de atendimento.

Sustenta que o Tribunal de origem divergiu da orientação firmada no REsp n. 1.764.859/RS e no AgInt no REsp n. 1.760.667/DF, ambos da Terceira Turma, quanto à observância da segmentação contratada e à limitação de 12 horas para urgência/emergência em plano ambulatorial; e do acórdão do TJRS (Apelação Cível n. 50032006520198210013), que reconheceu a inexistência de cobertura de internação em plano ambulatorial; além de apontar convergência com o AgInt no AgInt no AREsp n. 1551521/SP, no qual se destacou a observância dos limites contratuais.

Requer o provimento do recurso para que se reforme o acórdão e se julgue improcedente a demanda, afastando a condenação à cobertura do procedimento e a indenização por danos morais; requer ainda o provimento do recurso para que se minore o valor dos danos morais, caso mantida a condenação.

Contrarrazões às fls. 430-444.

O recurso especial foi admitido, sob o fundamento de que as razões recursais suscitam dúvida razoável e demandam apreciação do mérito da invocação, cumpridos os requisitos legais, determinando-se a remessa ao Superior Tribunal de Justiça (fls. 448-449).

É o relatório.

VOTO

Trata-se na origem de a ação de obrigação de fazer c/c indenização por dano moral em que a parte autora pleiteou a cobertura do procedimento cirúrgico Derivação de Ventrículo Peritoneal (DVP) prescrito pelo médico assistente, bem como a condenação por danos morais, cujo valor da causa é de R\$ 80.000,00.

Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou procedentes os pedidos com base no art. 487, I, do CPC, confirmou a tutela de urgência, condenou a ré a pagar R\$ 5.000,00 a título de danos morais, com correção pela Tabela da Corregedoria a

partir da decisão e juros de 1% ao mês desde a citação, e fixou honorários em R\$ 2.000,00; em embargos de declaração, ajustou o valor da causa para R\$ 80.000,00.

A Corte estadual manteve integralmente a sentença, por seus fundamentos, e majorou os honorários advocatícios para R\$ 2.200,00.

A controvérsia consiste em definir se operadora de plano de saúde de segmentação exclusivamente ambulatorial pode ser compelida a custear procedimento cirúrgico realizado em ambiente hospitalar, indicado como urgente por médico assistente, além de responder por dano moral decorrente da negativa de cobertura.

Inicialmente, não há violação ao art. 489 do CPC.

O Tribunal de origem examinou a tese recursal e concluiu que a limitação contratual não poderia prevalecer diante da urgência do procedimento, da prescrição médica e da incidência das normas consumeristas. Assim, mostra-se evidente que a fundamentação é existente.

Ademais, o julgador não está obrigado a responder a todos os argumentos das partes, desde que enfrente as questões necessárias à solução da controvérsia.

Também não cabe ao Superior Tribunal de Justiça examinar, em recurso especial, alegação de ofensa direta aos arts. 5º, XXXV, XXXVI e LV, e 93, IX, da Constituição Federal, sob pena de usurpação da competência do Supremo Tribunal Federal.

Quanto ao art. 6º da LINDB, a alegação também não comporta conhecimento. O argumento relativo a direito adquirido, ato jurídico perfeito e segurança jurídica foi articulado, no caso, sob perspectiva essencialmente constitucional, o que inviabiliza o exame pela via especial.

Nesse sentido: AREsp n. 2.754.406/RO, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 25/5/2026, DJEN de 28/5/2026 e REsp n.

2.036.846/MA, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 27/10/2025, DJEN de 30/10/2025.

A alegação autônoma de ofensa ao art. 21 da Resolução Normativa n. 428/2017 da ANS igualmente não pode ser conhecida como violação direta a lei federal, pois atos normativos secundários, como resoluções administrativas, não se enquadram no conceito de lei federal para fins do art. 105, III, a, da Constituição Federal. Nada impede, contudo, que a disciplina regulamentar seja considerada como elemento interpretativo do regime jurídico instituído pela Lei n. 9.656/1998.

A propósito: AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.488.552/PE, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 21/3/2023, DJe de 2/5/2023 e REsp n. 1.969.812/MG, relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 15/3/2022, DJe de 21/3/2022.

Superados esses pontos, o recurso merece conhecimento quanto à tese relativa à extensão da cobertura obrigatória em contrato de plano de saúde ambulatorial.

O acórdão recorrido fixou que a autora é portadora de hidrocefalia de pressão normal, que houve indicação médica para realização de DVP e que o procedimento foi considerado urgente.

Também reconheceu que o plano contratado era ambulatorial e não contava com cobertura de internação hospitalar, mas reputou irrelevante essa limitação contratual porque o tratamento havia sido indicado pelo médico conveniado e porque a relação seria regida pelo Código de Defesa do Consumidor.

A tese recursal não exige o reexame de fatos e provas.

Parte-se das premissas assentadas pela Corte local: plano ambulatorial, procedimento indicado por médico assistente, urgência e ausência de cobertura hospitalar.

A questão é saber se, a partir dessas premissas, a urgência tem o efeito jurídico de ampliar a segmentação contratada, obrigando a operadora de plano ambulatorial a custear procedimento próprio da cobertura hospitalar. **A resposta é negativa.**

A jurisprudência desta Corte firmou-se no sentido de que a cobertura obrigatória dos procedimentos de urgência e emergência em todos os planos de assistência à saúde deve observar a abrangência da segmentação efetivamente contratada.

No julgamento do REsp n. 1.764.859/RS (Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, DJe 8/11/2018), a Terceira Turma assentou que o plano ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência limitada às primeiras 12 horas de atendimento, não abrangendo internação hospitalar nem procedimentos próprios da cobertura hospitalar.

Esse entendimento foi reafirmado no AgInt no REsp n. 1.760.667/DF (Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, DJe 22/3/2019), no qual se consignou, expressamente, que a orientação firmada no REsp n. 1.764.859/RS é aplicável às hipóteses em que o plano contratado é exclusivamente ambulatorial, sendo inaplicável o enunciado n. 302 da Súmula desta Corte.

Esse entendimento tem suporte normativo expresso no art. 2º da Resolução CONSU n. 13/1998, que delimita o alcance da obrigação de cobertura emergencial na segmentação ambulatorial, e no art. 12, II, a, da Lei n. 9.656/1998, cujas exigências de cobertura irrestrita de urgência e emergência dizem respeito à segmentação hospitalar, não podendo ser transpostas para modalidade diversa.

Quanto ao enunciado n. 302 da Súmula do STJ — segundo o qual é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado —, ele pressupõe, por definição, a contratação da

segmentação hospitalar, referindo-se expressamente a essa modalidade, e não à ambulatorial, conforme já assentado pela Terceira Turma no REsp n. 1.764.859/RS.

Registre-se que esse ponto não é alcançado pelo Tema Repetitivo n. 1.314, atualmente afetado à Segunda Seção — com determinação de suspensão dos recursos especiais e agravos em tramitação —, cujas questões submetidas a julgamento dizem respeito à i) abusividade de cláusula de carência em situações de urgência e emergência além de 24 horas, e ii) abusividade de cláusula que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.

Ambas as questões pressupõem, necessariamente, a contratação da segmentação hospitalar pelo beneficiário — situação estruturalmente diversa da presente, em que o ponto controvertido é distinto: saber se a segmentação exclusivamente ambulatorial abrange, desde o início, procedimento cirúrgico de natureza hospitalar.

Não havendo identidade de matéria, o presente recurso especial não está sujeito ao sobrestamento determinado no âmbito do Tema 1.314.

Aplicar a Súmula 302/STJ a plano exclusivamente ambulatorial significaria negar eficácia à própria distinção entre segmentações estabelecida pela Lei n. 9.656/1998, que expressamente admite a contratação separada das modalidades ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica.

A aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, nos termos da Súmula 608/STJ, não autoriza a supressão da segmentação assistencial livremente contratada.

O CDC incide sobre a interpretação das cláusulas contratuais — vedando, por exemplo, exclusões abusivas dentro da cobertura contratada —, mas não tem o condão de criar obrigações estruturalmente incompatíveis com a natureza da segmentação escolhida.

Sustentar o contrário equivaleria a tornar inócua a faculdade, conferida pela própria lei, de contratação por segmento, pois toda recusa fundada na ausência de segmentação hospitalar seria requalificada como abusividade consumerista.

No caso, o Tribunal de origem decidiu que a ausência de cobertura contratual era irrelevante, por entender que a indicação de médico credenciado e a urgência do quadro clínico bastariam para impor à operadora a obrigação de custear o procedimento cirúrgico hospitalar.

Para tanto, apoiou-se no REsp n. 735.168/RJ (Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJe 25/5/2008), que reconheceu o dano moral decorrente de recusa indevida de cobertura por plano de saúde.

Essa invocação, contudo, não socorre o acórdão recorrido.

No REsp n. 735.168/RJ, a controvérsia girava em torno da exclusão de prótese necessária ao bom êxito de procedimento cirúrgico já coberto pela segmentação contratada — hipótese em que o STJ assentou ser abusiva a cláusula que, ao mesmo tempo, inclui a cirurgia na cobertura e exclui o material indispensável à sua realização.

A recusa, naquele caso, era interna à cobertura contratada.

No presente caso, a questão é distinta: saber se a segmentação ambulatorial abrange, desde o início, procedimento de natureza cirúrgica hospitalar.

Tratando-se de situações estruturalmente diversas, a *ratio* do precedente não é transponível.

O fato de o médico que indicou a cirurgia ser credenciado ao plano ambulatorial da recorrida não altera essa conclusão.

O credenciamento do profissional define o universo de atendimentos ambulatoriais que a operadora disponibiliza ao beneficiário; não amplia o objeto contratual nem transforma em obrigação de cobertura o que a segmentação escolhida expressamente exclui.

A extensão da cobertura é definida pelo contrato e pela lei, não pela especialidade do profissional credenciado.

Ressalte-se que não se está negando a gravidade do quadro clínico nem a adequação médica do tratamento indicado.

A questão é exclusivamente jurídica e contratual: saber se a operadora que comercializou plano ambulatorial pode ser compelida a custear procedimento de natureza hospitalar.

À luz da Lei n. 9.656/1998, da Resolução CONSU n. 13/1998 e da jurisprudência desta Corte, a resposta é negativa.

Consequentemente, sendo lícita a recusa de cobertura fundada nos limites da segmentação contratada — exercício regular de direito, nos termos do art. 188, I, do Código Civil —, não subsiste o dever de indenizar por dano moral.

A responsabilidade civil pressupõe ato ilícito ou abusivo, o que não se verifica quando a negativa decorre de limitação legal e contratual válida.

A recusa, nessas circunstâncias, não assume os contornos de conduta abusiva aptos a gerar lesão extrapatrimonial indenizável.

Fica prejudicado o pedido subsidiário de redução do valor da indenização por dano moral.

Ante o exposto, **conheço parcialmente do recurso especial e, nessa extensão, dou-lhe provimento para reformar o acórdão recorrido e julgar improcedentes os pedidos iniciais, afastando a obrigação de cobertura do procedimento cirúrgico e a condenação por danos morais.**

Inverto os ônus da sucumbência.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

REsp 2.050.154 / MG
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2023/0028513-7

Número de Origem:

10000200394435001 10000200394435002 10000200394435003 10000200394435004
10000200394435005 10000200394435006 50053457420208130145

Sessão Virtual de 23/06/2026 a 30/06/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED JUIZ DE FORA COOP DE TRABALHO MEDICO LTDA.

ADVOGADOS : ALINE OLIVEIRA FREITAS - MG072585

IGOR MACIEL ANTUNES - MG074420

PRISCILA RODRIGUES MARIANO - MG148126

RECORRIDO : EDNA DO CARMO MARTINS DE ANDRADE

ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ASSUNTO : DIREITO DO CONSUMIDOR - CONTRATOS DE CONSUMO - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 23/06/2026 a 30/06/2026, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso e, nessa parte deu-lhe provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 30 de junho de 2026