SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt nos EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 2114506 - DF (2023/0444512-0)

RELATOR	**:**	**MINISTRO HUMBERTO MARTINS**
AGRAVANTE	:	QUALLITY PRO SAUDE PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA
ADVOGADOS	:	JOSE ANTONIO FISCHER DIAS - DF012917
		BIANCA COSTA ARAUJO - DF061753
		VINICIUS RIBEIRO DOS SANTOS COELHO - DF081095
AGRAVADO	:	ADRIANO DE SOUSA LIMA
ADVOGADO	:	LEANDRO OLIVEIRA CARAIBAS - DF044913
INTERES.	:	HOSPITAL DAS CLINICAS E PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE CEILANDIA LTDA

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL. URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA. LIMITAÇÃO DE 12 HORAS. CONTINUIDADE ASSISTENCIAL E REMOÇÃO OBRIGATÓRIA. DANOS MORAIS. ÓBICES DAS SÚMULAS 83 E 7/STJ.

I. Caso em exame

1. O agravo interno. Agravo interno interposto contra decisão monocrática que não conheceu do recurso especial, em demanda envolvendo plano de saúde de segmentação ambulatorial e negativa de continuidade assistencial após atendimento de urgência, com condenação por danos morais.
2. Fato relevante. Beneficiário em atendimento emergencial, com indicação médica de internação, vulnerabilidade financeira declarada e saída do hospital sem alta, após solicitar encaminhamento à rede pública, sem que a operadora assegurasse remoção adequada.
3. As decisões anteriores. Tribunal de origem manteve a obrigação de cobertura nas hipóteses de urgência/emergência e fixou compensação por danos morais em R$ 5.000,00, aplicando método bifásico.

II. Questão em discussão

4. Há três questões em discussão: (i) saber se, em plano de saúde de segmentação ambulatorial, a cobertura obrigatória de urgência/emergência, após as primeiras 12 horas

Documento eletrônico VDA59639986 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 01/09/2026 14:41:00
Publicação no DJEN/CNJ de 03/09/2026. Código de Controle do Documento: 95ebe768-8c16-4e2e-903b-abe0aa5fe674

de atendimento, impõe custeio de internação hospitalar ou apenas obrigações de continuidade assistencial, especialmente a remoção segura do beneficiário; (ii) saber se a negativa da operadora, nas circunstâncias reconhecidas, configura ato ilícito e enseja reparação por danos morais; e (iii) saber se o valor fixado a título de danos morais é passível de revisão na via do recurso especial.

III. Razões de decidir

5. A cobertura de urgência/emergência deve observar a segmentação contratada; em planos ambulatoriais, a responsabilidade financeira direta pelo atendimento, em regra, limita-se às primeiras 12 horas, cessando quanto à internação hospitalar, sem prejuízo das obrigações regulamentares de continuidade assistencial (Lei nº 9.656/1998 e Resolução CONSU nº 13/1998, arts. 2º e 7º).
6. A responsabilidade assistencial da operadora subsiste para garantir a remoção segura do beneficiário para unidade apta ao prosseguimento do tratamento (rede pública ou privada indicada), somente cessando após o registro na unidade do SUS (Resolução CONSU nº 13/1998, art. 7º, §§ 2º e 3º).
7. No caso concreto, a moldura fática revela descumprimento do dever de continuidade assistencial e de remoção adequada pela operadora, diante de quadro clínico grave, hipossuficiência declarada e saída do hospital sem alta, o que caracteriza conduta ilícita.
8. A recusa indevida em contexto de urgência/emergência enseja dano moral, prescindindo de prova específica do prejuízo, em razão do agravamento da aflição e da vulnerabilidade do beneficiário.
9. O acórdão recorrido está em harmonia com a jurisprudência desta Corte quanto ao regime da segmentação ambulatorial e às obrigações de continuidade assistencial, atraindo a incidência da Súmula 83/STJ, o que inviabiliza o conhecimento do recurso especial.
10. A revisão do quantum indenizatório, fixado em R$ 5.000,00, somente é admitida em hipóteses de manifesta irrisoriedade ou exorbitância; ausente tal circunstância, a pretensão esbarra no óbice da Súmula 7/STJ.
11. Mantém-se a majoração dos honorários advocatícios em favor da parte recorrida para 15% sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

IV. Dispositivo

Agravo interno improvido, mantendo-se o não conhecimento do recurso especial por fundamento diverso.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 25/08/2026 a 31/08/2026, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Daniela Teixeira.

Não participou do julgamento o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Brasília, 31 de agosto de 2026.

Ministro Humberto Martins
Relator

Documento eletrônico VDA59639986 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 01/09/2026 14:41:00
Publicação no DJEN/CNJ de 03/09/2026. Código de Controle do Documento: 95ebe768-8c16-4e2e-903b-abe0aa5fe674

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt nos EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 2114506 - DF (2023/0444512-0)

RELATOR	**:**	**MINISTRO HUMBERTO MARTINS**
AGRAVANTE	:	QUALLITY PRO SAUDE PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA
ADVOGADOS	:	JOSE ANTONIO FISCHER DIAS - DF012917
		BIANCA COSTA ARAUJO - DF061753
		VINICIUS RIBEIRO DOS SANTOS COELHO - DF081095
AGRAVADO	:	ADRIANO DE SOUSA LIMA
ADVOGADO	:	LEANDRO OLIVEIRA CARAIBAS - DF044913
INTERES.	:	HOSPITAL DAS CLINICAS E PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE CEILANDIA LTDA

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL. URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA. LIMITAÇÃO DE 12 HORAS. CONTINUIDADE ASSISTENCIAL E REMOÇÃO OBRIGATÓRIA. DANOS MORAIS. ÓBICES DAS SÚMULAS 83 E 7/STJ.

I. Caso em exame

1. O agravo interno. Agravo interno interposto contra decisão monocrática que não conheceu do recurso especial, em demanda envolvendo plano de saúde de segmentação ambulatorial e negativa de continuidade assistencial após atendimento de urgência, com condenação por danos morais.

2. Fato relevante. Beneficiário em atendimento emergencial, com indicação médica de internação, vulnerabilidade financeira declarada e saída do hospital sem alta, após solicitar encaminhamento à rede pública, sem que a operadora assegurasse remoção adequada.

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

3. As decisões anteriores. Tribunal de origem manteve a obrigação de cobertura nas hipóteses de urgência/emergência e fixou compensação por danos morais em R$ 5.000,00, aplicando método bifásico.

II. Questão em discussão

4. Há três questões em discussão: (i) saber se, em plano de saúde de segmentação ambulatorial, a cobertura obrigatória de urgência/emergência, após as primeiras 12 horas de atendimento, impõe custeio de internação hospitalar ou apenas obrigações de continuidade assistencial, especialmente a remoção segura do beneficiário; (ii) saber se a negativa da operadora, nas circunstâncias reconhecidas, configura ato ilícito e enseja reparação por danos morais; e (iii) saber se o valor fixado a título de danos morais é passível de revisão na via do recurso especial.

III. Razões de decidir

5. A cobertura de urgência/emergência deve observar a segmentação contratada; em planos ambulatoriais, a responsabilidade financeira direta pelo atendimento, em regra, limita-se às primeiras 12 horas, cessando quanto à internação hospitalar, sem prejuízo das obrigações regulamentares de continuidade assistencial (Lei nº 9.656/1998 e Resolução CONSU nº 13/1998, arts. 2º e 7º).

6. A responsabilidade assistencial da operadora subsiste para garantir a remoção segura do beneficiário para unidade apta ao prosseguimento do tratamento (rede pública ou privada indicada), somente cessando após o registro na unidade do SUS (Resolução CONSU nº 13/1998, art. 7º, §§ 2º e 3º).

7. No caso concreto, a moldura fática revela descumprimento do dever de continuidade assistencial e de remoção adequada pela operadora, diante de quadro clínico grave, hipossuficiência declarada e saída do hospital sem alta, o que caracteriza conduta ilícita.

8. A recusa indevida em contexto de urgência/emergência enseja dano moral, prescindindo de prova específica do prejuízo, em razão do agravamento da aflição e da vulnerabilidade do beneficiário.

9. O acórdão recorrido está em harmonia com a jurisprudência desta Corte quanto ao regime da segmentação ambulatorial e às obrigações de continuidade assistencial, atraindo a incidência da Súmula 83/STJ, o que inviabiliza o conhecimento do recurso especial.

10. A revisão do quantum indenizatório, fixado em R$ 5.000,00, somente é admitida em hipóteses de manifesta irrisoriedade ou exorbitância; ausente tal circunstância, a pretensão esbarra no óbice da Súmula 7/STJ.

11. Mantém-se a majoração dos honorários advocatícios em favor da parte recorrida para 15% sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

IV. Dispositivo

Agravo interno improvido, mantendo-se o não conhecimento do recurso especial por fundamento diverso.

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS (relator):

Cuida-se de agravo interno interposto por QUALLITY PRÓ SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL LTDA. contra decisão monocrática de minha relatoria que não conheceu do seu recurso especial e manteve o acórdão do TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS, proferido nos seguintes termos (fls. 281-282):

> APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. INTERNAÇÃO EM LEITO DE UTI. EMERGÊNCIA. PRAZO DE CARÊNCIA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. MÉTODO BIFÁSICO. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.
> 1. Na presente hipótese as questões submetidas ao conhecimento deste Egrégio Tribunal de Justiça consistem em examinar a possibilidade de impor às sociedades empresárias apeladas a obrigação de custeio do atendimento de emergência, bem como se é legítima a pretensão de recebimento de indenização por danos morais em virtude da negativa de custeio do procedimento aludido. 2. A regra prevista no art. 35-C da Lei nº 9.656/1998 estabelece que é obrigatório o custeio do atendimento médico-hospitalar nos casos de emergência ou de urgência. 2.1. O art. 12, inc. V, alínea "c", do mencionado diploma legal, determina o prazo máximo de vinte e quatro horas de carência para o custeio do tratamento nos casos de urgência e emergência.
> 2.2. Nos casos graves de urgência e emergência é dever da operadora do plano de saúde autorizar os procedimentos médicos indicados para a paciente, independentemente do período geral de carência.
> 3. No presente caso o prazo de carência não pode ser empregado como justificativa para a negativa ao tratamento indicado ao paciente, tendo em vista a expressa indicação procedida pelo profissional de saúde a respeito da necessidade de assistência médica imediata, decorrente da relatada situação de urgência.
> 4. Em relação ao valor da compensação do dano moral experimentado pela consumidora tanto a doutrina quanto a jurisprudência têm sustentado que o arbitramento do montante respectivo não pode resultar nem no enriquecimento sem causa da parte, nem mesmo no aviltamento do interessado à vista do estabelecimento em valor irrisório, tendo em vista a necessidade de observância do caráter educativo e punitivo do instituto.

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

> 4.1. Relativamente ao cálculo do montante a ser pago o Colendo Superior Tribunal de Justiça, estabeleceu, no julgamento do Recurso Especial nº 959.780-ES, o hoje conhecido "método bifásico" com o intuito de encontrar um termo perficiente para a quantificação dos danos morais.
> 5. A partir da análise da conduta do causador do dano, bem como da condição financeira das partes, diante dos parâmetros adotados por este Egrégio Tribunal em casos análogos, o montante de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) se afigura adequado para compensar o apelante pelo dano moral experimentado.
> 6. Recurso conhecido e parcialmente provido.

Nas razões do presente agravo interno (fls. 445-452), a parte agravante sustenta, em síntese, que a decisão agravada merece reforma, ao argumento de que o recurso especial não discutiu carência para atendimento de urgência ou emergência, tampouco limitação temporal de internação em contrato de plano hospitalar, mas sim o regime jurídico da segmentação exclusivamente ambulatorial.

Aduz, nesse ponto, que a controvérsia devolvida a esta Corte consiste em definir se é juridicamente possível impor à operadora o custeio de internação hospitalar por tempo indeterminado em produto cuja segmentação não contempla tal cobertura, sob pena de indevida transmudação judicial do contrato ambulatorial em plano hospitalar.

Defende que a decisão agravada teria aplicado indevidamente as Súmulas n. 302 e 597/STJ, pois tais enunciados, segundo afirma, não se ajustariam à hipótese de plano exclusivamente ambulatorial. Sustenta a existência de *distinguishing* em relação aos precedentes que tratam de cláusula limitativa de internação em contratos com cobertura hospitalar, reiterando que a cobertura obrigatória dos procedimentos de urgência e emergência deve observar a segmentação efetivamente contratada.

Afirma, ainda, que não incide a Súmula n. 83/STJ, porquanto haveria precedentes desta Corte Superior em sentido favorável à tese da operadora, especialmente no sentido da inaplicabilidade da Súmula n. 302/STJ aos planos de saúde de segmentação ambulatorial e da impossibilidade de impor cobertura típica de plano hospitalar quando não contratada.

No tocante à Súmula n. 7/STJ, a agravante sustenta que a controvérsia não demanda reexame de provas, mas apenas a requalificação jurídica da conduta atribuída à operadora. Argumenta que, se a negativa de cobertura decorreu dos limites legais e contratuais da segmentação ambulatorial, não haveria ato ilícito e, por consequência, não subsistiria o dever de indenizar.

Alega, por fim, que não ficou evidenciado dano moral indenizável, pois a recusa teria se dado nos limites do contrato e da legislação aplicável, sem demonstração

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

de agravamento do quadro clínico, abalo psicológico ou prejuízo concreto à saúde do paciente.

Requer, ao final, o provimento do agravo interno, com a reconsideração da decisão agravada, para afastar os óbices das Súmulas n. 83 e 7/STJ e dar integral provimento ao recurso especial. Subsidiariamente, postula a submissão do feito ao órgão colegiado, a fim de que seja reformado o acórdão recorrido para julgar improcedentes os pedidos de obrigação de fazer e de indenização por danos morais, com a inversão dos ônus sucumbenciais.

Embora regularmente intimada, a agravada não apresentou contraminuta (fl. 460).

É, no essencial, o relatório.

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS (relator):

O agravo interno não merece prosperar, porém consigno que o recurso especial não deve ser conhecido por motivo diverso daquele contido na decisão agravada.

Explico.

Com efeito, a controvérsia posta nos autos exige distinção entre duas situações jurídicas diversas: (i) de um lado, a limitação temporal de internação em plano de saúde de segmentação hospitalar; (ii) de outro, a delimitação da cobertura obrigatória em plano de saúde de segmentação exclusivamente ambulatorial, nas hipóteses de urgência ou emergência que, após as primeiras 12 horas de atendimento, demandem internação hospitalar.

A decisão agravada, ao não conhecer do recurso especial, assentou a incidência das Súmulas n. 83 e 7/STJ, partindo da premissa de que seria abusiva a limitação de internação ou atendimento de emergência, inclusive em planos ambulatoriais, quando presente risco à vida do paciente.

Entretanto, examinando novamente a controvérsia, entendo que assiste razão à parte agravante quanto à necessidade de requalificação jurídica da questão, pois o debate central do recurso especial não se resume à existência de situação de urgência ou emergência, nem à aplicação de prazo de carência, mas envolve o regime jurídico próprio da segmentação ambulatorial.

A jurisprudência da Terceira Turma desta Corte firmou entendimento no sentido de que a cobertura obrigatória dos procedimentos de urgência e emergência deve observar a segmentação efetivamente contratada.

No julgamento do REsp n. 1.764.859/RS, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 6/11/2018, DJe de 8/11/2018, assentou-se que, “nos

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

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".

No mesmo precedente, esta Corte concluiu 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".

Em igual sentido, confira-se:

> AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE AMBULATORIAL. EMERGÊNCIA. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO PELA AUSÊNCIA DE CARÁTER ABUSIVO DA CLÁUSULA DE LIMITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI POR SE TRATAR DE MODALIDADE AMBULATORIAL. PRECEDENTE DA TERCEIRA TURMA. OBSERVÂNCIA DA ABRANGÊNCIA DA SEGMENTAÇÃO EFETIVAMENTE CONTRATADA NO PLANO DE SAÚDE. INAPLICABILIDADE DA SÚMULA 302/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.
> 1. O Tribunal de origem, ao analisar as cláusulas contratuais pactuadas e legislação pertinente à hipótese, ressaltou que a garantia de cobertura de urgência e emergência do plano de saúde na modalidade ambulatorial é limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, afastando o caráter abusivo da referida cláusula.
> Nesse contexto, não é possível rever o entendimento propugnado sem proceder à interpretação de cláusulas contratuais e ao necessário reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que é vedado em recurso especial, nos termos das Súmulas n. 5 e 7 do STJ.
> 2. A Terceira Turma, por ocasião do julgamento do REsp. n. 1.764.859/RS, assentou que a 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.
> 3. O disposto no art. 12, II, a, da Lei n. 9.656/1998, que veda a limitação de tempo para a internação hospitalar, e o teor do enunciado n. 302 da Súmula do STJ, que dispõe ser abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado, referem-se, expressamente, à segmentação hospitalar, e não à ambulatorial.
> 4. Agravo interno improvido.
> (AgInt no REsp n. 1.760.667/DF, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 18/3/2019, DJe de 22/3/2019.)

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

Mais recentemente, esta Terceira Turma reafirmou que a cessação da responsabilidade financeira da operadora, após as primeiras 12 horas de atendimento em plano ambulatorial, não autoriza o abandono do paciente. A operadora tem o dever de promover a remoção para unidade hospitalar apta ao prosseguimento do tratamento, nos termos dos arts. 2º e 7º da Resolução CONSU n. 13/1998.

Nesse sentido:

> 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.

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

> 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. 2° e 7° da Resolução Consu n° 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.
> (REsp n. 2.162.676/RJ, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 1/4/2025, DJEN de 14/4/2025.)

Desse modo, deve ser afastada a premissa de que toda cláusula de limitação do atendimento às primeiras 12 horas, em plano exclusivamente ambulatorial, é abusiva em abstrato. A Súmula n. 302/STJ não se aplica automaticamente à segmentação ambulatorial, pois se refere à limitação temporal de internação em plano hospitalar.

Também a Súmula n. 597/STJ, embora aplicável às hipóteses de carência em urgência ou emergência, não resolve, por si só, a questão específica relativa à extensão da cobertura em plano ambulatorial após as primeiras 12 horas.

A correta compreensão da controvérsia, portanto, é a seguinte: em plano de saúde de segmentação ambulatorial, a responsabilidade financeira da operadora pelo atendimento de urgência ou emergência limita-se, em regra, às primeiras 12 horas; ultrapassado esse período, e constatada a necessidade de internação hospitalar, a obrigação financeira direta pelo custeio da internação cessa, desde que a operadora cumpra as obrigações regulamentares de continuidade assistencial, notadamente a

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

remoção segura do paciente para unidade hospitalar apta a receber o beneficiário, pública ou privada, indicada por ele ou por seus familiares.

Na hipótese, todavia, a requalificação jurídica da matéria não conduz à improcedência dos pedidos autorais, pois a moldura fática fixada pelo Tribunal de origem revela que a operadora não se desincumbiu do dever de assegurar a continuidade assistencial do paciente.

O aresto local consignou expressamente (fls. 284-299):

> Na presente hipótese verifica-se que o demandante é beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão no segmento ambulatorial. Nesse cenário o negócio jurídico em análise limita as internações e os procedimentos que demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas (Id. 42948689, Id. 42948691 e Id. 42948692).
> De acordo com a ora apelada, essa cláusula é válida, pois se amolda ao disposto no art. 2º e no art. 2º, parágrafo único, da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 13/1998,
> Ocorre que nos termos do art. 35-C, inc. I, da Lei nº 9.656/1998 é obrigatória o custeio do atendimento para os casos de emergência, que são definidos pelo diploma normativo como as situações que "implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente".
> Observa-se que a referida previsão legal não impõe qualquer ressalva que delimite a obrigatoriedade do atendimento dos planos de saúde para as situações de urgência. Aliás, no art. 12, inc. V, alínea c, da Lei nº 9.656/1998, a única carência estipulada para os casos de urgência e de emergência é o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas após a contratação dos serviços.
> Assim, a despeito do previsto na Resolução do CONSU nº 13/1998, observa-se que a cláusula 4.1, item C, do contrato de plano de saúde em exame deve ser reputada abusiva, uma vez que evidentemente coloca o consumidor em desvantagem exagerada, nos termos do art. 51, inc. IV, do Código de Defesa do Consumidor.
> Nessa esteira, examinem-se as seguintes ementas promanadas deste Egrégio Tribunal de Justiça:
> [...]
> Verifica-se no caso em análise que, aos 17 de março de 2022, Adriano de Sousa Lima compareceu ao Hospital das Clínicas e Pronto Socorro de Fraturas de Ceilândia Ltda.
> De acordo com o relatório médico (Id. 42948671) o paciente apresentava "dispneia, amigdalite e saturação inferior a 87% (oitenta e sete por cento)". Diante do quadro relatado houve a solicitação de internação do paciente no Hospital das Clínicas. (Id. 42948699).
> No entanto, o referido laudo médico indica que o paciente afirmou sua hipossuficiência financeira para arcar com os custos decorrentes da internação no serviço médico

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

> particular e solicitou encaminhamento para rede pública, "abandonando o centro hospitalar sem alta médica" (Id. 42948699).
> Observa-se que a limitação do custeio do plano de saúde às primeiras 12 (doze) horas poderia ter agravado ainda mais a situação do paciente. Nesse ponto, mostra-se evidenciada a abusividade da cláusula 4.1, item c, do contrato, devendo ser afastada a aplicação desse comando negocial.
> A respeito do tema examine-se a seguinte ementa promanada deste Egrégio Tribunal de Justiça:
> [...]
> Diante desse cenário convém destacar que o art. 35-C da Lei nº 9.656/1998 dispõe a respeito da obrigatoriedade de custeio do atendimento nos casos de emergência, sem distinção a respeito dos segmentos do plano de saúde contratado.
> [...]
> É premente, portanto, o pleno atendimento à saúde do demandante, tendo em vista suas necessidades básicas e vitais, não podendo se falar em violação às regras do contrato, uma vez que a prestação do serviço, no caso presente, promove o reequilíbrio contratual entre as partes.
> Nesse sentido a peculiaridade do caso em exame indica que a recusa da apelada em custear o tratamento determinado pelo profissional de saúde deve ser valorada como inadimplemento contratual.

Essas premissas são suficientes para manter, por fundamento jurídico diverso, a responsabilidade da operadora no caso concreto.

Com efeito, a questão não é impor à agravante o custeio ilimitado de internação hospitalar em plano ambulatorial, tampouco transformar judicialmente o contrato ambulatorial em contrato hospitalar. O fundamento da responsabilidade, na hipótese, reside na ausência de demonstração de que a operadora tenha cumprido o dever regulamentar de continuidade assistencial e de remoção adequada do paciente para unidade pública ou privada apta a prosseguir o tratamento.

Constatado que o paciente apresentava saturação inferior a 87%, que houve solicitação médica de internação, que ele declarou hipossuficiência para arcar com os custos particulares e que deixou o hospital sem alta médica após solicitar encaminhamento à rede pública, não é possível afastar a ilicitude da conduta da operadora apenas com base na natureza ambulatorial do plano.

A cobertura ambulatorial não obriga a operadora a custear indefinidamente internação hospitalar. Contudo, também não lhe permite encerrar sua atuação no momento em que o paciente, ainda em estado grave, necessita de continuidade assistencial. A responsabilidade financeira direta pela internação pode cessar após as primeiras 12 horas,

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

mas a responsabilidade assistencial de remoção segura subsiste até o ingresso do beneficiário em unidade apta ao prosseguimento do tratamento.

Nessa linha, a Resolução CONSU n. 13/1998, em seu art. 2º, estabelece que:

> 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.
> § 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.

Assim, a cláusula contratual limitativa não é abusiva em abstrato. Abusiva, no caso concreto, foi a conduta de negar continuidade assistencial adequada sem assegurar a remoção do paciente para rede pública dentro da janela contratual, na forma da Resolução CONSU n. 13/1998, especialmente diante da gravidade do quadro clínico reconhecida no acórdão recorrido.

Por esse motivo, inviável afastar a indenização por danos morais pela qual a agravante foi condenada.

A reparação não decorre, aqui, da simples existência de cláusula limitativa em plano ambulatorial, mas do contexto específico em que a negativa foi exercida: paciente em situação de urgência, com vulnerabilidade financeira declarada, que, após indicação médica de internação, não teve assegurada pela operadora a continuidade

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

assistencial nem a remoção adequada para a rede pública, deixando o hospital sem alta médica após solicitar encaminhamento ao SUS.

A conduta da operadora, nessas circunstâncias, excedeu o mero inadimplemento contratual, pois agravou situação de extrema vulnerabilidade física e emocional do beneficiário, que buscava atendimento emergencial em quadro potencialmente grave.

A jurisprudência do STJ é pacífica no sentido de que a recusa injustificada de cobertura ou a conduta abusiva da operadora de plano de saúde em situação de urgência/emergência enseja reparação por danos morais, independentemente de prova do prejuízo (dano moral *in re ipsa*).

A propósito:

> PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. ANTERIOR E NÃO ADAPTADO À LEI 9656/98. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. LEI 9.656/1988. IRRETROATIVIDADE. OPERADORA CONSTITUÍDA NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. ABUSIVIDADE VERIFICADA DE ACORDO COM AS NORMAS DO CÓDIGO CIVIL QUANTO AOS CONTRATOS. COBERTURA DE PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS.
> 1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por danos morais.
> 2. Ausentes os vícios do art. 1.022 do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração.
> 3 Embora não se admita a retroatividade da Lei n. 9.656/1998 para alcançar os contratos de plano de saúde celebrados anteriormente à sua entrada em vigor, caso a parte beneficiária não faça a opção pela adaptação ao novel regime (art. 35 da Lei n. 9.656/1998), a abusividade porventura evidenciada sujeita-se à ótica das normas protetivas ao consumidor. Precedentes.
> 4. A jurisprudência desta Corte orienta que os contratos de plano de saúde, celebrados com operadora constituída sob a modalidade de autogestão, regem-se pelas regras do Código Civil em matéria contratual, tão rígidas quanto às da legislação consumerista, notadamente acerca da boa-fé objetiva e dos desdobramentos dela decorrentes.
> 5. A jurisprudência do STJ é no sentido de evidenciada a situação de urgência ou emergência, a negativa de atendimento possui caráter abusivo, a ensejar a reparação por dano moral. Precedentes.
> 6. Agravo interno desprovido.
> (AgInt nos EDcl no AREsp n. 3.116.251/RJ, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 15/6/2026, DJEN de 18/6/2026.)

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

> AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA E DE URGÊNCIA. CARÊNCIA SUPERIOR A 24 HORAS. RECUSA INJUSTIFICADA. REVERSÃO DO JULGADO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ.
> 1. "A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação" (Súmula n. 597 do STJ).
> 2. Na espécie, a Corte local concluiu que restou configurada a urgência do procedimento pleiteado, o que atrai a obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde, sendo ilícita a negativa ora apontada. Rever tal posicionamento demandaria o reexame das circunstâncias fáticas.
> Incidência da Súmula nº 7/STJ.
> 3. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.
> (AREsp n. 2.657.935/MG, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 22/4/2026, DJEN de 27/4/2026.)

Assim, estando o acórdão local em harmonia com a jurisprudência desta Corte, incide o teor da Súmula n. 83 do STJ, o que inviabiliza o recurso especial por ambos os permissivos constitucionais.

Quanto ao valor fixado pelo Tribunal de origem, de R$ 5.000,00, a jurisprudência deste Tribunal Superior entende que a revisão do *quantum* indenizatório somente é admitida em hipóteses excepcionais, quando o montante arbitrado pelas instâncias ordinárias se revelar manifestamente irrisório ou exorbitante, em evidente afronta aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Confira-se:

> DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA EM CASO DE EMERGÊNCIA. DANO MORAL. LIMITAÇÃO TEMPORAL DE INTERNAÇÃO. ABUSIVIDADE. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.
> I. Caso em exame
> 1. Agravo interno contra decisão do Presidente do Superior Tribunal de Justiça que conheceu do agravo para não conhecer do recurso especial, sob o fundamento de incidência das Súmulas 7 e 83 do STJ.
> 2. Na origem, a agravante foi condenada ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R$ 10.000,00, em razão de recusa injustificada de internação de emergência por parte da operadora de plano de saúde.
> 3. A agravante sustenta inexistência de ato ilícito, legalidade da limitação de atendimento de urgência a 12 horas em

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

> plano ambulatorial, e desproporcionalidade do valor fixado a título de danos morais.
> II. Questão em discussão
> 4. Há duas questões em discussão: (i) saber se a recusa de cobertura em caso de emergência por plano de saúde ambulatorial configura ato ilícito e enseja reparação por danos morais; e (ii) saber se o valor fixado a título de danos morais é desproporcional e passível de revisão.
> III. Razões de decidir
> 5. A jurisprudência do STJ reconhece que a recusa indevida de cobertura em casos de emergência ou urgência por operadora de plano de saúde enseja reparação por danos morais, em razão do agravamento da aflição psicológica do beneficiário.
> 6. A cláusula contratual que limita o período de internação em casos de emergência ou urgência é considerada abusiva, conforme as Súmulas 302 e 597 do STJ.
> 7. A revisão do valor fixado a título de danos morais pelo STJ somente é admitida em hipóteses excepcionais, quando o montante arbitrado na origem for irrisório ou exorbitante, o que não se verifica no caso concreto.
> 8. A pretensão de revaloração das provas e de revisão do quantum indenizatório esbarra nos óbices das Súmulas 7 e 83 do STJ.
> IV. Dispositivo
> 9. Agravo interno não provido.
> (AgInt no AREsp n. 2.951.470/RJ, relatora Ministra Daniela Teixeira, Terceira Turma, julgado em 10/11/2025, DJEN de 13/11/2025.)

No caso, a quantia estabelecida não se mostra desarrazoada ou desproporcional, sobretudo diante das circunstâncias reconhecidas no acórdão recorrido, consistentes na negativa de continuidade assistencial adequada a paciente em situação de urgência, com indicação médica de internação e vulnerabilidade financeira declarada.

Assim, a pretensão de redução ou afastamento da indenização demandaria nova valoração das circunstâncias fáticas do caso concreto, tais como a gravidade do quadro clínico, a conduta da operadora, a aflição suportada pelo beneficiário e a extensão do abalo experimentado, providência incompatível com a via estreita do recurso especial, nos termos da Súmula n. 7/STJ.

Ante o exposto, nego provimento ao agravo interno para manter o não conhecimento do recurso especial por outro fundamento.

Fica mantida a majoração dos honorários advocatícios em favor da parte recorrida para 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação, nos termos do art. 85 do Código de Processo Civil.

É como penso. É como voto.

Documento eletrônico VDA58955728 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): HUMBERTO EUSTÁQUIO SOARES MARTINS Assinado em: 07/08/2026 16:41:56
Código de Controle do Documento: 932ac391-f250-473f-a847-f570d164691a

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA

AgInt nos EDcl no REsp 2.114.506 / DF

Número Registro: 2023/0444512-0 **PROCESSO ELETRÔNICO**

Número de Origem:
07038029720228070009 7038029720228070009

Sessão Virtual de 25/08/2026 a 31/08/2026

Relator do AgInt nos EDcl

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Presidente da Sessão

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. LINDÔRA MARIA ARAÚJO

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	: QUALLITY PRO SAUDE PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA
ADVOGADOS	: JOSE ANTONIO FISCHER DIAS - DF012917
	BIANCA COSTA ARAUJO - DF061753
	VINICIUS RIBEIRO DOS SANTOS COELHO - DF081095
RECORRIDO	: ADRIANO DE SOUSA LIMA
ADVOGADO	: LEANDRO OLIVEIRA CARAIBAS - DF044913
INTERES.	: HOSPITAL DAS CLINICAS E PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE CEILANDIA LTDA

ASSUNTO : DIREITO CIVIL - RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE	: QUALLITY PRO SAUDE PLANO DE ASSISTENCIA MEDICA LTDA
ADVOGADOS	: JOSE ANTONIO FISCHER DIAS - DF012917
	BIANCA COSTA ARAUJO - DF061753
	VINICIUS RIBEIRO DOS SANTOS COELHO - DF081095

Documento eletrônico VDA59611168 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): SISTEMA JUSTIÇA - SERVIÇOS AUTOMÁTICOS, Assinado em: 01/09/2026 01:00:46
Código de Controle do Documento: fbde005c-8dae-4214-afd7-dc8db83c0ad4

AGRAVADO	: ADRIANO DE SOUSA LIMA
ADVOGADO	: LEANDRO OLIVEIRA CARAIBAS - DF044913
INTERES.	: HOSPITAL DAS CLINICAS E PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE CEILANDIA LTDA

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 25/08/2026 a 31/08/2026, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Daniela Teixeira e Nancy Andrighi votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Daniela Teixeira. Não participou do julgamento o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Brasília, 31 de agosto de 2026

Documento eletrônico VDA59611168 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006
Signatário(a): SISTEMA JUSTIÇA - SERVIÇOS AUTOMÁTICOS, Assinado em: 01/09/2026 01:00:46
Código de Controle do Documento: fbde005c-8dae-4214-afd7-dc8db83c0ad4