



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2211630 - GO (2024/0262649-5)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : **ANGELO LUIS LOPES MELLO**
ADVOGADO : **PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA E SILVA - TO000496**
RECORRIDO : **UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO**
ADVOGADOS : **ALESSANDRO DOS PASSOS ALVES DE CASTRO MEIRELES - GO020690**
: **LUCY MAYRY GUILHERME DIAS RATES - GO028689**

EMENTA

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO DURANTE PANDEMIA DE COVID-19. REEMBOLSO LIMITADO AO VALOR DA TABELA DO PLANO. DANO MORAL INEXISTENTE. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto por beneficiário de plano de saúde visando à condenação da operadora ao reembolso integral das despesas decorrentes de internação em hospital não credenciado, durante o período da pandemia de Covid-19, além do pagamento de indenização por danos morais. O Tribunal de Justiça de Goiás reformou parcialmente a sentença de origem, limitando o reembolso aos valores previstos na tabela contratual do plano e afastando a condenação por danos morais.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se o beneficiário de plano de saúde tem direito ao reembolso integral das despesas médico-hospitalares realizadas em hospital não credenciado, em situação de urgência durante a pandemia de Covid-19; (ii) estabelecer se a operadora de plano de saúde deve indenizar o beneficiário por danos morais decorrentes da internação fora da rede credenciada.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O exame do pedido de reembolso integral exige a reanálise de cláusulas contratuais e do conjunto fático-probatório dos autos, o que encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

4. A jurisprudência do STJ, com fundamento no art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998, admite o reembolso de despesas em hospital

não credenciado apenas nos limites da tabela contratada, salvo demonstração de descumprimento contratual ou negativa indevida de cobertura, o que não se verifica no caso.

5. Constatou-se que o beneficiário já estava internado em hospital da rede credenciada, tendo a operadora cumprido suas obrigações contratuais ao garantir o acesso a serviços de saúde, o que afasta o direito ao reembolso integral.

6. A inexistência de recusa indevida de cobertura e a ausência de conduta ilícita por parte da operadora excluem o dever de indenizar por danos morais, nos termos da jurisprudência consolidada do STJ.

IV. DISPOSITIVO

7. Recurso não conhecido.

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 19/08/2025 a 25/08/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 26 de agosto de 2025.

Ministra Daniela Teixeira
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2211630 - GO (2024/0262649-5)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : **ANGELO LUIS LOPES MELLO**
ADVOGADO : **PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA E SILVA - TO000496**
RECORRIDO : **UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO**
ADVOGADOS : **ALESSANDRO DOS PASSOS ALVES DE CASTRO MEIRELES - GO020690**
: **LUCY MAYRY GUILHERME DIAS RATES - GO028689**

EMENTA

DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO DURANTE PANDEMIA DE COVID-19. REEMBOLSO LIMITADO AO VALOR DA TABELA DO PLANO. DANO MORAL INEXISTENTE. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto por beneficiário de plano de saúde visando à condenação da operadora ao reembolso integral das despesas decorrentes de internação em hospital não credenciado, durante o período da pandemia de Covid-19, além do pagamento de indenização por danos morais. O Tribunal de Justiça de Goiás reformou parcialmente a sentença de origem, limitando o reembolso aos valores previstos na tabela contratual do plano e afastando a condenação por danos morais.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se o beneficiário de plano de saúde tem direito ao reembolso integral das despesas médico-hospitalares realizadas em hospital não credenciado, em situação de urgência durante a pandemia de Covid-19; (ii) estabelecer se a operadora de plano de saúde deve indenizar o beneficiário por danos morais decorrentes da internação fora da rede credenciada.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O exame do pedido de reembolso integral exige a reanálise de cláusulas contratuais e do conjunto fático-probatório dos autos, o que encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

4. A jurisprudência do STJ, com fundamento no art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998, admite o reembolso de despesas em hospital

não credenciado apenas nos limites da tabela contratada, salvo demonstração de descumprimento contratual ou negativa indevida de cobertura, o que não se verifica no caso.

5. Constatou-se que o beneficiário já estava internado em hospital da rede credenciada, tendo a operadora cumprido suas obrigações contratuais ao garantir o acesso a serviços de saúde, o que afasta o direito ao reembolso integral.

6. A inexistência de recusa indevida de cobertura e a ausência de conduta ilícita por parte da operadora excluem o dever de indenizar por danos morais, nos termos da jurisprudência consolidada do STJ.

IV. DISPOSITIVO

7. Recurso não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás assim ementado (e-STJ fls.688/689):

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. COVID-19. UTI. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO. REEMBOLSO NO LIMITE DA TABELA DO PLANO DE SAÚDE. DANO MORAL NÃO CARACTERIZADO. SENTENÇA REFORMADA.

1. O reembolso tem como fonte a falha na prestação do serviço quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, caso dos autos; por outro lado, a inexecução do contrato constitui obrigação diversa, de natureza indenizatória, que dá azo ao reembolso integral, como pleiteado pelo beneficiário /apelante.

2. Na hipótese, após ser internado em unidade credenciada, o beneficiário viu-se obrigado a buscar tratamento contra infecção pela Covid-19 fora da rede credenciada, porquanto seu quadro de saúde deteriorava-se sem a perspectiva de que o nosocômio dispusesse dos meios necessários para promover a sua reabilitação.

3. A partir dos contornos e das circunstâncias fáticas analisadas, não se pode dizer que houve descumprimento das obrigações contratuais pactuadas, afinal a operadora garantiu o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos de saúde para o atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656/1998, o que afasta a pretensão de reembolso integral.

4. Incontestável que a operadora do plano de saúde cumpriu as obrigações contratuais pactuadas, nos termos previstos no Art. 2º da Resolução 259/2011.

5. O reconhecimento à compensação por dano moral exige a prova de ato ilícito, a demonstração do nexo causal e o dano

indenizável, que se caracteriza por danos anímicos ao requerente. Requisitos ausentes.
APELAÇÕES CÍVEIS CONHECIDAS. DESPROVIDA A PRIMEIRA E PARCIALMENTE PROVIDA A SEGUNDA.

Segundo a parte recorrente, o recurso preenche os requisitos necessários ao conhecimento e provimento.

Intimada nos termos do art. 1.042, § 3º, do Código de Processo Civil, a parte recorrida afirmou a inexistência de requisitos ou elementos aptos a promover a alteração do julgado impugnado (e-STJ fls. 793-805).

O Recurso Especial foi inadmitido pelo Tribunal de origem por encontrar óbices nas Súmulas 5 e 7 do STJ (e-STJ fls.810/812).

Em face da decisão que não admitiu o recurso especial foi interposto agravo em recurso especial para que ele seja conhecido e provido para que o recurso especial seja enfim julgado (e-STJ fls.817-829).

O recurso de agravo não foi conhecido pela Presidência desta Corte pelo fato do recurso ser considerado intempestivo (e-STJ, fls.919/920).

Da decisão da Presidência a parte recorrente interpôs agravo interno (e-STJ fls.924-930).

Analisando cuidadosamente os autos, esta Relatoria reconsiderou a decisão da Presidência desta Corte e reconheceu a tempestividade do recurso de agravo em recurso especial, o qual preenche os requisitos recursais intrínsecos e extrínsecos, motivo pelo qual, nos termos do artigo 253, parágrafo único, inciso II, alínea "d", do Regimento Interno deste Superior Tribunal de Justiça, determinou a convalidação do feito em recurso especial, ao que passa a analisar (e-STJ fls.949/950).

É o relatório.

VOTO

O recurso especial é tempestivo e cabível, pois interposto em face de decisão que negou provimento ao recurso de apelação interposto na origem (art. 105, III, "a", da Constituição Federal).

Entretanto, o recurso não merece ser conhecido.

O acórdão recorrido decidiu a controvérsia com análise das provas e interpretação contratual adequadas ao caso concreto. Cito trechos relevantes da referida decisão (e-STJ fls.692-697):

"Ab initio, considerando a complementariedade das teses contidas nos brados recursais de ambos os litigantes acerca desta questão, julgo-as conjuntamente.

Na hipótese dos autos, alega o 1º apelante ser devido o reembolso integral das despesas médicas decorrentes do tratamento contra infecção pela Covid-19, não estando em debate a qualidade de segurado do apelante, a vigência do contrato ou a indicação para internação em UTI, conforme julgado no acórdão do Arquivo de Instrumento nº 5215866-21.

Por outro lado, a Unimed Goiânia sustenta que não deve ser compelida a custear internação em prestador de alto custo não credenciado da rede, expressamente vedado no contrato (cláusula VIII, item 8.3), mormente porque o beneficiário já se encontrava assistido em hospital conveniado e dispunha de atendimento adequado, mas optou por contratar os serviços do Hospital Órion.

A questão trazida a destreza cinge-se em analisar se do peculiar contexto dos autos exsurge o direito ao reembolso, integral, das despesas assumidas pelo beneficiário com o tratamento médico-hospitalar fora da rede credenciada.

A sentença ora hostilizada, nesse ponto, deu parcial provimento ao pedido exordial, com fundamento no inciso VI, do art. 12, da Lei 9.656/98, e em jurisprudência, a fim de condenar a UNIMED a promover o reembolso das despesas médico-hospitalares realizadas fora da rede credenciada, observados os limites da tabela praticada entre a operadora e os hospitais e médicos a ela cooperados.

Observe-se que o caso em estudo revela hipótese em que o beneficiário foi obrigado a buscar tratamento contra infecção pela Covid-19 fora da rede credenciada, embora já estivesse internado em hospital credenciado, mas que a toda evidência não dispunha dos meios materiais e humanos para promover a sua reabilitação.

Desponta do exame do conjunto probatório que embora o apelante estivesse internado em UTI do hospital Renaissance-Goiânia, indicado pelo plano de saúde, o prestador de serviço não dispunha de estrutura médica-hospitalar necessária para seu atendimento, sobretudo diante da rápida deterioração do quadro de saúde do paciente, conforme relatório médico acostado no mov. 1, doc. 7, pág. 8.

Em tais circunstâncias, foi solicitada à Unimed Goiânia a transferência do paciente para outra UTI com melhores estruturas (protocolo de nº 38287620210310470501), pedido sobre o qual não há indicativos de que tenha se manifestado, quedou-se inerte.

Nesse contexto, considerando a urgência derivada do risco de morte, o paciente fora transferido por familiares para a UTI em outro Hospital, este não credenciado pelo plano de saúde, pelo que contraiu dívida que diz ser de R\$ 175.560,42 (cento setenta e cinco mil, quinhentos e sessenta reais e quarenta e dois centavos).

O inciso VI do art. 12 da Lei 9.656/1998 assegura o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e

hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

Por outro lado, a UNIMED Goiânia argumenta que o apelante não comprovou que o Hospital Órion seria o único qualificado a prestar o tratamento feito, razão pela qual “ não deve ser compelida a custear internação em UTI de alto custo, perante prestador não credenciado da rede, mormente porque o beneficiário já se encontrava assistido em hospital conveniado e dispunha de atendimento adequado, mas optou por contratar os serviços do Hospital Órion (...) ” (mov. 139, pág. 4).

Sem embargo, do compulso dos autos verifica-se que no contexto em que se deram os fatos, sobretudo em razão da falta de leitos disponíveis naquele período e o concreto risco de morte do paciente, não se poderia exigir outra conduta do apelante e seus familiares na espécie.

Mas é igualmente incontestável que o apelante foi atendido pelo plano de saúde nos limites das obrigações contratuais pactuadas entre ambos, nos termos previstos no Art. 2º da Resolução 259/2011.

Como se vê, o cenário delineado revela as seguintes peculiaridades, o beneficiário já estava internado em hospital credenciado, quando, devido às circunstâncias próprias constatadas no hospital, não teve outra alternativa se não buscar atendimento fora da rede credenciada, haja vista que ao tempo do desenrolar dos fatos, não se encontrou, no município, leitos hospitalares de UTI disponíveis em hospital conveniado.

Diante de situações assim, ou seja, casos excepcionalíssimos, em que o beneficiário se vê diante de situação que o obriga a empreender gastos fora da rede credenciada, é que admite-se o reembolso, nos termos do inciso VI, do art. 12, da Lei 9.656/98.

(...)

Entretanto, a partir dos contornos e das circunstâncias fáticas analisadas, não se pode dizer que a UNIMED Goiânia não cumpriu as obrigações contratuais pactuadas, afinal a operadora garantiu o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos de saúde para o atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10- A e 12 da Lei nº 9.656/1998, o que afasta a pretensão de reembolso integral.

Na espécie, conquanto a parte apelante, ÂNGELOS LUIZ LOPES MELLO, possa bradar que a unidade conveniada não dispunha de estrutura médica-hospitalar necessária para seu atendimento, não há que se falar na omissão da operadora na indicação de prestador, da rede credenciada, porquanto ele estava internado, tendo, portanto, sido cumpridas as obrigações contratuais da UNIMED Goiânia.

Pelo que consta dos autos, e demonstrado nas linhas vertidas, não se vislumbra recusa indevida de indicação de prestador de serviço para a internação do paciente pela operadora de plano de saúde, até porque, como se disse anteriormente, e sustentado pela parte apelante (mov. 136, pág. 9), a busca por “UTIs adequadamente equipadas e que pudessem ser credenciadas” restou infrutífera.

Frise-se, por oportuno, que o reembolso tem como fonte a falha na prestação do serviço quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras; no entanto, constitui obrigação diversa, de natureza indenizatória, a inexecução do contrato, que dá azo ao reembolso integral, como pleiteado pelo beneficiário/apelante.

Assim, diante das razões recursais erigidas e, amparado no entendimento esposado por esta Corte e pelo Tribunal Superior em situações semelhantes, concluiu-se que não merece reparos o julgamento proferido na primeira instância.

(...)

O reconhecimento à compensação por dano moral exige a prova de ato ilícito, a demonstração do nexo causal e o dano indenizável que se caracteriza por gravame ao direito personalíssimo, situação vexatória ou abalo psíquico duradouro.

Como exaustivamente discutido nestes autos, não se negam os efetivos danos anímicos sofridos por ÂNGELOS LUIZ LOPES MELLO, e sua família, decorrentes do contexto dramático retratado nos fólios processuais.

Entretanto, resta equitativamente constato que a UNIMED Goiânia não incorreu em nenhum ilícito relativo ao cumprimento da obrigação contratual de garantir acesso a serviços e procedimentos de saúde, até porque a falta de leitos hospitalares durante a pandemia da COVID-19 é fato notório e incontroverso, que não dependem de prova, o que obsta, por consequência, do nexo causal, além de ter sido reconhecida pela própria parte autora.

Neste ponto, com razão o apelante. As circunstâncias dos autos não justificam a condenação em reparação por danos morais.

Assim, dá-se provimento ao pedido de afastamento do dever de indenizar, reformando-se neste ponto a decisão censurada."

A pretensão do recurso especial do beneficiário do plano de saúde é serem custeados de forma integral os custos da internação em hospital não conveniado à operadora de plano de saúde, além do pagamento de danos morais a título de indenização.

Ocorre que, neste ponto, a Corte Estadual, competente para análise do material probatório dos autos, bem como das cláusulas contratuais do plano de saúde, após a devida instrução processual, entendeu que a operadora de plano de saúde Unimed cumpriu com suas obrigações contratuais, prestando o serviço médico-hospitalar ao recorrente, dado que o beneficiário do plano utilizou dos serviços do plano ao ficar internado na UTI num hospital credenciado ao plano de saúde (e-STJ fls. 695).

Com efeito, a reforma do Acórdão implicaria em reanálise do conjunto fático-probatório, principalmente as cláusulas do contrato de plano de saúde, tendo

em vista que haveria necessidade de verificação das circunstâncias do caso concreto para reconhecimento das garantias de tratamentos aos quais a recorrida teria direito, o que encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

Ressalto que a decisão proferida aborda a não obrigatoriedade do reembolso integral pela operadora de plano de saúde para custeio de tratamento realizado em hospital fora da rede credenciada por ter cumprido suas obrigações contratuais pactuadas, devendo custear parcialmente o tratamento realizado, tendo como base de valores a serem cobertos, a tabela do plano de saúde.

No mesmo sentido:

CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TRATAMENTO QUE NÃO CONSTA NO ROL DA ANS. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. RECUSA INDEVIDA. INVIABILIDADE DO REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7 DO STJ. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES DA TABELA DO CONTRATO. DANOS MORAIS. CARACTERIZADOS. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

1. A Segunda Seção desta Corte Superior entendeu ser taxativo, em regra, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde (ANS), não estando as operadoras de saúde obrigadas a cobrirem tratamentos não previstos na lista. Contudo, o Colegiado fixou parâmetros para que, em situações excepcionais, os planos custeiem procedimentos não previstos na lista, a exemplo de terapias com recomendação médica, sem substituto terapêutico no rol, e que tenham comprovação de órgãos técnicos e aprovação de instituições que regulam o setor. Por maioria de votos, a Seção definiu as seguintes teses: 1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo; 2. A operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao rol; 3. É possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra rol; 4. Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao rol da saúde suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências;

(iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e Natjus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

2. O Tribunal de origem julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta negativa de cobertura ao tratamento médico solicitado.

Portanto, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto probatório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n. 7 do STJ.

3. A jurisprudência desta Corte Superior, à luz do disposto no art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, assevera que o reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelo beneficiário do plano de saúde, com internação em estabelecimento não conveniado, em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada), deve ser limitado aos preços e tabelas efetivamente contratados com a operadora de saúde.

4. Existência de entendimento pacífico desta Corte Superior no sentido de que, nos casos em que a recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar impõe ao usuário de plano de saúde um grau de sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual, atingindo direito da personalidade, fica demonstrada a ocorrência de danos morais e caracterizado o direito à reparação. Inviabilidade de reexame da conclusão alcançada pelo Tribunal local quanto ao ponto em virtude da incidência da Súmula n. 7 do STJ.

5. Agravo conhecido. Recurso especial parcialmente conhecido e parcialmente provido.

(AREsp n. 2.863.734/PR, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 28/4/2025, DJEN de 5/5/2025.)

Ademais, como não houve recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar (o recorrente iniciou seu tratamento em hospital credenciado ao plano de saúde), não há o que se falar em imposição de condenação ao pagamento de danos morais, pois ausente o sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual.

Manifesto meu voto, portanto, pelo **não conhecimento** do presente recurso especial.

Majoro o percentual de honorários sucumbenciais em 2% (dois por cento), nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**REsp 2.211.630 / GO
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0262649-5

Número de Origem:

514169707 51416970720218090051

Sessão Virtual de 19/08/2025 a 25/08/2025

Relator

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. MARIA SOARES CAMELO CORDIOLI

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : ANGELO LUIS LOPES MELLO

ADVOGADO : PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA E SILVA - TO000496

RECORRIDO : UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

ADVOGADOS : ALESSANDRO DOS PASSOS ALVES DE CASTRO MEIRELES -
GO020690

LUCY MAYRY GUILHERME DIAS RATES - GO028689

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE -
TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 19/08/2025 a 25/08/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

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

Brasília, 25 de agosto de 2025