



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

ProAfR no RECURSO ESPECIAL Nº 2196667 - SP (2025/0042091-6)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : **GOCARE PLANOS DE SAUDE LTDA**
ADVOGADO : **DANIEL CECCON GUIMARÃES - SP443423**
RECORRIDO : **EDNA ALVES DE SOUZA**
REPR. POR : **LUANA ALVES DE SOUZA FELICIANO**
ADVOGADO : **JOSÉ ALVES JUNIOR - SP099988**

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PROPOSTA DE AFETAÇÃO AO RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS. PLANOS DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS FORA DA REDE CREDENCIADA. HIPÓTESES E EXTENSÃO. (IN)ADMISSIBILIDADE DOS RECURSOS QUE DELIBEREM SOBRE O ENQUADRAMENTO FÁTICO À HIPÓTESE FIXADA NO JULGAMENTO DO REPETITIVO. RECURSO AFETADO.

1. Controvérsia relativa ao reembolso de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada, em casos de urgência ou emergência, ou quando não há disponibilidade de tratamento adequado na rede credenciada, bem como sua extensão.

2. A jurisprudência do STJ orientou-se no sentido de que “o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento /atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento” (EAREsp n. 1.459.849/ES, relator MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020.)

3. No entanto, malgrado o STJ tenha fixado orientação jurisprudencial uniforme, tem-se verificado significativa recorribilidade acerca da matéria, com altíssimo índice de repetição, o que tem conduzido à multiplicidade de recursos nesta Corte Superior e nas instâncias ordinárias, o que demonstra a importância de reafirmar a eficácia persuasiva da jurisprudência do STJ por meio da elevação do entendimento a precedente vinculante.

4. Caso concreto em que o Tribunal de origem reconheceu a obrigação da operadora do plano de saúde ao reembolso integral das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada.
5. Deliberação, ainda, sobre a revisibilidade das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem ou não o custeio ou reembolso parcial ou integral.
6. Questões federais afetadas: I-) a obrigação de a operadora de plano de saúde custear ou reembolsar despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada e sua respectiva extensão, nas hipóteses de insuficiência da rede credenciada ou de urgência ou emergência; II-) (in)admissibilidade dos recursos especiais interpostos para a rediscussão das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem o custeio ou reembolso parcial ou integral, pelo plano de saúde, das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada.
7. Recurso especial afetado ao rito dos recursos repetitivos, com determinação de sobrestamento de recursos especiais e agravos nos próprios autos, nos termos do art. 1.037, II, do CPC.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da SEGUNDA SEÇÃO, por maioria, afetar o processo ao rito dos recursos repetitivos (RISTJ, art. 257-C), conforme proposta do Sr. Ministro Relator, para a delimitação das seguintes questões federais:

I) a obrigação de a operadora de plano de saúde custear ou reembolsar despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada e sua respectiva extensão, nas hipóteses de insuficiência da rede credenciada ou de urgência ou emergência;

II) (in)admissibilidade dos recursos especiais interpostos para a rediscussão das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem o custeio ou reembolso parcial ou integral, pelo plano de saúde, das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada.

Por maioria, determinar-se a suspensão dos recursos especiais e dos agravos em recurso especial que discorram sobre idêntica questão jurídica, nos termos do art. 1.037, II, do CPC.

Os Srs. Ministros Marco Buzzi, Moura Ribeiro, Daniela Teixeira, Nancy Andrighi, João Otávio de Noronha, Humberto Martins e Maria Isabel Gallotti votaram com o Sr. Ministro Relator.

Vencido o Sr. Ministro Raul Araújo que divergiu quanto à afetação do item "II" da proposta.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

Brasília, 12 de agosto de 2025.

Ministro Antonio Carlos Ferreira
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

ProAfR no RECURSO ESPECIAL Nº 2196667 - SP (2025/0042091-6)

RELATOR : MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA
RECORRENTE : GOCARE PLANOS DE SAUDE LTDA
ADVOGADO : DANIEL CECCON GUIMARÃES - SP443423
RECORRIDO : EDNA ALVES DE SOUZA
REPR. POR : LUANA ALVES DE SOUZA FELICIANO
ADVOGADO : JOSÉ ALVES JUNIOR - SP099988

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PROPOSTA DE AFETAÇÃO AO RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS. PLANOS DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS FORA DA REDE CREDENCIADA. HIPÓTESES E EXTENSÃO. (IN)ADMISSIBILIDADE DOS RECURSOS QUE DELIBEREM SOBRE O ENQUADRAMENTO FÁTICO À HIPÓTESE FIXADA NO JULGAMENTO DO REPETITIVO. RECURSO AFETADO.

1. Controvérsia relativa ao reembolso de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada, em casos de urgência ou emergência, ou quando não há disponibilidade de tratamento adequado na rede credenciada, bem como sua extensão.

2. A jurisprudência do STJ orientou-se no sentido de que “o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento /atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento” (EAREsp n. 1.459.849/ES, relator MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020.)

3. No entanto, malgrado o STJ tenha fixado orientação jurisprudencial uniforme, tem-se verificado significativa recorribilidade acerca da matéria, com altíssimo índice de repetição, o que tem conduzido à multiplicidade de recursos nesta Corte Superior e nas instâncias ordinárias, o que demonstra a importância de reafirmar a eficácia persuasiva da jurisprudência do STJ por meio da elevação do entendimento a precedente vinculante.

4. Caso concreto em que o Tribunal de origem reconheceu a obrigação da operadora do plano de saúde ao reembolso integral das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada.
5. Deliberação, ainda, sobre a revisibilidade das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem ou não o custeio ou reembolso parcial ou integral.
6. Questões federais afetadas: I-) a obrigação de a operadora de plano de saúde custear ou reembolsar despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada e sua respectiva extensão, nas hipóteses de insuficiência da rede credenciada ou de urgência ou emergência; II-) (in)admissibilidade dos recursos especiais interpostos para a rediscussão das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem o custeio ou reembolso parcial ou integral, pelo plano de saúde, das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada.
7. Recurso especial afetado ao rito dos recursos repetitivos, com determinação de sobrestamento de recursos especiais e agravos nos próprios autos, nos termos do art. 1.037, II, do CPC.

RELATÓRIO

O EXMO. MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA (Relator): Trata-se de recurso especial interposto com fundamento no art. 105, III, “a”, da CF, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo assim ementado (fls. 495-500):

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer c. c indenização por danos materiais e morais com pedido de tutela de urgência. Sentença de procedência em parte. Relação jurídica de natureza consumerista. Cerceamento de defesa não vislumbrado. Preliminar afastada. Configurado o quadro emergencial, o que comprova que a internação em hospital não credenciado não se deu por escolha da falecida e sua família. Restituição devida. Pleito de indenização moral afastado. Sentença mantida. Recursos das partes desprovidos.

Em suas razões, a recorrente alega que o acórdão recorrido violou o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, “ao determinar o reembolso integral para estabelecimento fora da rede credenciada, quando a rede credenciada da operadora de saúde recorrente estava à disposição da recorrida e nunca houve qualquer negativa”. Aduz, ainda, que “eventual opção da recorrida por profissionais e estabelecimentos não credenciados, implica na realização do reembolso nos limites da tabela médica, de modo que a recorrente somente irá reembolsar aquilo que pagaria a seus prestadores de serviços, ou seja, à sua rede credenciada”. (fls. 503-508).

Contrarrazões apresentadas às fls. 513/546.

O recurso foi admitido na origem (fls. 547-548).

É o relatório.

VOTO

O EXMO. MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA (Relator): Trata-se de recurso especial interposto por GOCARE PLANOS DE SAÚDE LTDA. contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo que, ao negar provimento à apelação, manteve a sentença de primeiro grau que condenou a operadora de planos de saúde ao reembolso integral das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário de plano de saúde fora da rede credenciada.

A extensão do custeio das despesas médico hospitalares efetuadas pelo beneficiário do plano de saúde fora da rede credenciada tem sido objeto de análise por esta Corte em grande número de recursos, a partir da interpretação, sobretudo, do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, que estabelece:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário

Ao interpretar o dispositivo legal, a jurisprudência do STJ orientou-se no sentido de que o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento ou atendimento de saúde fora da rede credenciada poder ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento profissional credenciado no local ou a urgência ou emergência do procedimento. Por conseguinte, em princípio, nos procedimentos eletivos, a opção do beneficiário pela não utilização da rede credenciada não comporta reembolso

A propósito:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656 /1998. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DESPROVIDOS.

1. Cinge-se a controvérsia em saber se a operadora de plano de saúde é obrigada a reembolsar as despesas médico-hospitalares relativas a procedimento cirúrgico realizado em hospital não integrante da rede credenciada.

2. O acórdão embargado, proferido pela Quarta Turma do STJ, fez uma interpretação restritiva do art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, enquanto a Terceira Turma do STJ tem entendido que a exegese do referido dispositivo deve ser expandida.

3. O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento.

4. Embargos de divergência desprovidos.

(EAREsp n. 1.459.849/ES, relator MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020.)

A partir da fixação dos parâmetros que ensejariam a integralidade do reembolso ou custeio, ambas as Turmas que compõem a Segunda Seção passaram a compreender que o reembolso integral somente teria lugar na hipótese de inexecução do contrato pela operadora, como reparação por danos materiais, ao passo que nas demais hipóteses o reembolso seria limitado aos preços e tabelas contratados com o plano de saúde.

Nesse sentido, confirmam-se os seguintes julgados:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. PACIENTE COM CÂNCER. RECUSA ABUSIVA. REEMBOLSO INTEGRAL. PRECEDENTES DO STJ. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Por ocasião do julgamento do REsp 1.733.013/PR, "fez-se expressa ressalva de que a natureza taxativa ou exemplificativa do aludido rol seria desimportante à análise do dever de cobertura de medicamentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução da ANS" (AgInt no REsp 1.949.270/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, Quarta Turma, DJe de 24.2.2022).

2. No caso, trata-se de fornecimento de medicamento para tratamento de câncer, hipótese em que a jurisprudência é assente no sentido de que o fornecimento é obrigatório. Nesse sentido: AgInt no REsp 1.911.407/SP, Relator Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, DJe de 24.5.2021; AgInt no AREsp 1.002.710/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, Quarta Turma, DJe de 7.5.2020; AgInt no AREsp 1.584.526/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Quarta Turma, DJe de 17.3.2020.

3. A jurisprudência desta Corte se firmou no sentido de que, "nos casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, o reembolso, pela operadora de assistência à saúde, do custeio das despesas médicas realizadas pelo segurado, deve ficar limitado aos valores indicados na tabela da operadora de plano de saúde, ainda que se trate de inexistência de estabelecimento credenciado no local ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora" (AgInt no AREsp 2.534.737/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe de 7.6.2024).

4. Entretanto, "o usuário faz jus ao reembolso integral das despesas médicas, quando comprovado o inadimplemento contratual do plano de saúde relativo à recusa do custeio do tratamento prescrito pelo médico assistente. Precedentes" (AgInt no AREsp 2.561.564/SP, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, DJe de 22.8.2024).

5. Estando a decisão de acordo com a jurisprudência desta Corte, o recurso encontra óbice na Súmula 83/STJ.

6. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no REsp n. 2.054.006/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 25/11/2024, DJEN de 6/12/2024.)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CÂNCER. NATUREZA DO ROL DA ANS. IRRELEVÂNCIA. OLAPARIBE E PET CT. CUSTEIO. POSSIBILIDADE. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA N. 83/STJ. REEMBOLSO INTEGRAL. SÚMULA N. 83/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. No caso de tratamento oncológico, há apenas uma diretriz na resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para o custeio de medicamentos, motivo pelo qual é irrelevante a discussão da natureza taxativa ou exemplificativa do rol de procedimentos da mencionada agência reguladora. Precedentes.

2. Os planos de saúde possuem o dever de cobertura de remédios, procedimentos e exames integrantes do tratamento oncológico.

Precedentes.

2.1. O Tribunal de origem determinou o custeio, pelo plano de saúde, do remédio - OLAPARIBE - e do exame - PET CT - integrantes do tratamento de câncer da parte agravada, conforme a prescrição médica, o que não destoia do entendimento desta Corte Superior.

3. Inadmissível o recurso especial quando o entendimento adotado pelo Tribunal de origem coincide com a jurisprudência do STJ (Súmula n. 83/STJ).

4. O usuário faz jus ao reembolso integral das despesas médicas, quando comprovado o inadimplemento contratual do plano de saúde relativo à recusa do custeio do tratamento prescrito pelo médico assistente. Precedentes.

4.1. A Corte local condenou a empresa agravante ao reembolso integral das despesas médicas, ante sua recusa indevida da cobertura médica. Caso de aplicação da Súmula n. 83/STJ.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.561.564/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 19/8/2024, DJe de 22/8/2024.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. REVELIA. PRESUNÇÃO RELATIVA. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. REEMBOLSO LIMITADO AOS VALORES INDICADOS NA TABELA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A revelia enseja a presunção relativa da veracidade dos fatos narrados pelo autor da ação, mas não justifica a imediata procedência do pedido.

2. Nos "casos em que não seja possível a utilização dos serviços médicos próprios, credenciados ou conveniados, o reembolso, pela operadora de assistência à saúde, do custeio das despesas médicas realizadas pelo

segurado deve ficar limitado aos valores indicados na tabela da operadora de plano de saúde, ainda que se trate de inexistência de estabelecimento credenciado no local ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora" (AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.704.048/SP, Quarta Turma).

3. O "reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, por exemplo, de inexistência ou de insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp n. 1.459.849/ES, Segunda Seção).

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp n. 2.021.343/RJ, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 1/7/2024, DJe de 8/7/2024.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR SUBSTITUTIVA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR. COBERTURA OBRIGATÓRIA. REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE. CABIMENTO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚMULA 282 /STF. DANOS MORAIS. REVISÃO DE VALOR. SÚMULA 7/STJ.

1. Ação de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais, ajuizada em razão de negativa de custeio de internação domiciliar "home care".

2. Nos termos da jurisprudência desta Corte, é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar. Precedentes.

3. O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento, e, nessas circunstâncias, poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde.

4. Distinguem-se, da hipótese tratada na orientação jurisprudencial sobre o reembolso nos limites do contrato, as situações em que se caracteriza a inexecução do contrato pela operadora, causadora de danos materiais ao beneficiário, a ensejar o direito ao reembolso integral das despesas realizadas por este. Precedentes.

5. O reexame de fatos e provas em recurso especial é inadmissível.

6. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial.

7. A revisão da compensação por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Salvo essas hipóteses, incide a Súmula 7/STJ, impedindo o conhecimento do recurso.

8. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp n. 2.454.372/RN, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 26/2/2024, DJe de 28/2/2024.)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. CIRURGIA DE EMERGÊNCIA REALIZADA

FORA DA REDE CREDENCIADA. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CUSTEADO PELA BENEFICIÁRIA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO PELA OPERADORA. INDENIZAÇÃO PELO DANO MATERIAL. DIREITO DA BENEFICIÁRIA AO REEMBOLSO INTEGRAL. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. JULGAMENTO: CPC/2015.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 28/10/2014, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 17/04/2019 e atribuído ao gabinete em 02/10/2019.
 2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigação de a operadora de plano de saúde reembolsar os valores despendidos com a realização de cirurgia buco-maxilo-facial; (iii) o valor a ser reembolsado.
 3. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/2015 quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte.
 4. A Segunda Seção decidiu que o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento (EAREsp 1.459.849/PR, julgado em 14/10/2020).
 5. Se o requerimento para a realização de procedimento cirúrgico de emergência coberto pelo contrato não é deferido no prazo regulamentar ou se é indeferido indevidamente, não há outra opção para o beneficiário que se encontra em iminente risco de lesão grave à saúde senão a de buscar realizá-lo por conta própria, custeando o tratamento, se possível, ou buscando o SUS, se necessário.
 6. O reembolso previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 é obrigação cuja fonte é o próprio contrato, cabível nos casos de atendimento de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras; o reembolso integral, como pleiteado pela beneficiária e determinado pelo Tribunal de origem, constitui obrigação diversa, de natureza indenizatória, cuja fonte é a inexecução do contrato, e visa, na realidade, a reparação do consequente dano material suportado.
 7. Hipótese em que, tendo sido a beneficiária obrigada a pagar todos os custos da cirurgia de emergência, após a recusa manifestamente indevida de cobertura pela operadora de plano de saúde, em flagrante desrespeito à obrigação assumida no contrato, faz jus ao reembolso integral, a título de indenização pelo dano material.
 8. Em virtude do exame do mérito, por meio do qual foram rejeitadas as teses sustentadas pela recorrente, fica prejudicada a análise da divergência jurisprudencial.
 9. Recurso especial conhecido e desprovido.
- (REsp n. 1.840.515/CE, relatora Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 24/11/2020, DJe de 1/12/2020.)

Colhe-se da decisão recorrida a seguinte passagem (fls. 495-500):

A prova da negativa de atendimento na Santa Casa de São José dos Campos, pertencente a rede credenciada, está configurado pela prestação de caução (fls. 59/60).

In casu, a oitiva de testemunhas mostra-se dispensável à solução da controvérsia, estando correta a r. sentença que, nos termos do art. 355, inciso I do Código de Processo Civil, julgou antecipadamente o feito, não havendo que se falar em cerceamento de defesa.

A relação jurídica travada entre as partes e que constitui o substrato do objeto desta ação possui natureza consumerista, pois a autora é a destinatária final dos serviços prestados pela requerida, que o faz de forma contínua e habitual no desenvolvimento de suas atividades, enquadrando-se perfeitamente nos conceitos de consumidor e fornecedor previstos nos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor.

E, nos termos da Súmula nº 608/STJ: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão".

A interpretação de cláusulas contratuais e a consideração de nulidade de parte ou de algumas delas não significa desrespeito ao negócio jurídico e perfeito; antes, implica no reconhecimento de sua eficácia, consoante leis de regência e princípios norteadores da ordem jurídica e, em especial, da Carta Magna.

Prevê a Lei nº 9.656/98, em seu art. 12, inciso VI: reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, 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." (g. n.)

Efetivamente, restou comprovado que houve um quadro emergencial, tanto que a autora acabou falecendo, portanto a internação não se deu em hospital não credenciado por escolha da requerente e sua família.

Apesar de a parte autora ter sido internada na Santa Casa de São José dos Campos que pertence a rede credenciada, não poderia se deslocar até lá, diante do quadro emergencial no momento.

Ademais, a operadora do plano de saúde, já havia negado o pedido de autorização para custeio do tratamento no hospital pertencente a rede credenciada, tanto que precisou efetuar o pagamento de caução para que pudesse ser atendida. Assim, a própria ré deu causa para que ela fosse internada em hospital fora da rede credenciada.

Constata-se, por conseguinte, que a questão federal cuja afetação se propõe foi enfrentada expressamente pelo Tribunal de origem, estando atendido o requisito do prequestionamento.

Em pesquisa à página de jurisprudência do STJ, a pesquisa pelo tema relacionado ao reembolso por despesas médico-hospitalares de planos de saúde retornou **656 acórdãos e 15.804 decisões monocráticas**.

Por conseguinte, a questão jurídica discutida nos presentes autos, dada a **multiplicidade de recursos interpostos** e o risco à isonomia e à segurança jurídica, bem como a existência de posição jurisprudencial solidificada no âmbito do STJ, comporta afetação ao rito dos recursos repetitivos.

Estabelece o art. 1.036 do CPC:

Art. 1.036. Sempre que houver multiplicidade de recursos extraordinários ou especiais com fundamento em idêntica questão de direito, haverá afetação para julgamento de acordo com as disposições desta Subseção, observado o disposto no Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal e no do Superior Tribunal de Justiça.

Verifica-se, assim, que, malgrado esta Corte já tenha pacificado a matéria objeto do recurso especial, ainda há elevado índice de recorribilidade, o que demonstra a importância de **reafirmar da eficácia persuasiva da jurisprudência do STJ por meio da elevação a precedente vinculante**. Constatase, ademais, que existe significativa **dispersão jurisprudencial**, porquanto as instâncias ordinárias têm conferido à mesma matéria entendimentos divergentes, o que dificulta a previsibilidade e a segurança jurídica para os consumidores e para os atores do importante setor regulado.

Destarte, presentes os requisitos necessários ao conhecimento da matéria aventada nos recursos e tendo em vista a notícia da multiplicidade de recursos especiais com fundamento em **idêntica questão de direito**, entendo que o presente recurso merece ser afetado ao rito dos recursos repetitivos, nos termos do que estabelece o art. 1.036 e seguintes do CPC e dos 256-I e seguintes do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça.

É importante frisar que todos os recursos cujas ementas foram acima transcritas são recentes o que revela a **atualidade** da questão e seu consequente reflexo sobre o volume de feitos em tramitação na Justiça brasileira e nesta Corte.

Deve ser acrescido, ademais, que há relevante questão de admissibilidade abrangida na análise da conveniência e necessidade de afetação da matéria. Com efeito, ao verificar a jurisprudência do STJ em torno do assunto, constata-se que, do elevadíssimo número de recurso interpostos, foram proferidos 656 acórdãos e 15.817 decisões monocráticas, dos quais **438 e acórdãos e 9.041 decisões monocráticas foram exaradas em agravos em recurso especial**. Ademais, grande parte das decisões proferidas em recursos especiais – notadamente de forma monocrática – referem-se exatamente à admissibilidade dos recursos e mais propriamente à aplicação da Súmula n. 7.

Este panorama demonstra que esta Corte – cuja função constitucional é a uniformização da interpretação da legislação federal – dispense grande parte de seu trabalho a analisar a admissibilidade de milhares de recursos, que já na origem tiveram seu segmento obstado por óbices de ordem processual pelas próprias Cortes de origem. A partir do momento em que o STJ define a orientação da jurisprudência sobre determinado tema, desempenha seu múnus conferido pela Constituição da República, restando às instâncias ordinárias – soberanas na apreciação do conjunto fático-probatório – o processo de aplicação ao caso concreto. Revela significativa **distorção** o

fato de o STJ ter de voltar a apreciar a mesma questão, em milhares de recursos sucessivos, cujos óbices impedem o conhecimento do mérito recursal (cuja definição já fora determinada anteriormente).

Nesse sentido, a observação das decisões proferidas nos recursos que envolvem a matéria em afetação demonstrou que, **a partir da definição do entendimento já firmado acerca da questão**, esta Corte não pode avançar na análise do acervo fático-probatório produzido nos autos, de forma a verificar os pressupostos que ensejam o reembolso integral ou limitado aos termos contratados.

Citam-se, à guisa de exemplo, os seguintes julgados: AgInt no REsp n. 2.010.170/DF, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 18/11/2024, DJe de 26/11/2024; AgInt no REsp n. 2.144.717/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 7/10/2024, DJe de 9/10/2024; AgInt no AREsp n. 1.207.225/PA, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 7/10/2024, DJe de 9/10/2024; AgInt no AREsp n. 2.589.825/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 23/9/2024, DJe de 25/9/2024; AgInt no REsp n. 2.115.550/DF, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 2/9/2024, DJe de 5/9/2024; AgInt no AREsp n. 2.443.035/MT, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 19/3/2024, DJe de 22/3/2024; AgInt no AREsp n. 2.083.773/MS, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 22/2/2023; AgInt no AREsp n. 1.934.900/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 3/10/2022, DJe de 7/10/2022; AgInt no AREsp n. 2.285.682/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 2/10/2023, DJe de 6/10/2023; AgInt no AREsp n. 2.333.976/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 9/10/2023, DJe de 11/10/2023; AgInt no AREsp n. 2.454.372/RN, relatora Ministra Nancy Andrichi, Terceira Turma, julgado em 26/2/2024, DJe de 28/2/2024; AgInt no AREsp n. 2.445.367/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 29/4/2024, DJe de 2/5/2024; AgInt no AREsp n. 2.592.340/MS, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 19/8/2024, DJe de 22/8/2024; AgInt no AREsp n. 2.628.509/SE, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 19/8/2024, DJe de 22/8/2024; AgInt no AREsp n. 2.131.317/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 2/9/2024, DJe de 6/9/2024; AgInt no AREsp n. 2.559.227/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 16/9/2024, DJe de 18/9/2024; AgInt no REsp n. 2.136.938/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 21/10/2024, DJe de 28/10/2024; AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.704.048/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 24/8/2021, DJe de 1/9/2021.

De nada adiantaria, para a coerência do sistema e a segurança jurídica, bem como para o imprescindível tratamento isonômico entre os cidadãos que se encontram em equivalente situação, que, mesmo **após a definição da tese jurídica**, esta Corte ainda tivesse que se manifestar repetidamente reafirmando que a posterior

análise fática é vedada pelo desenho constitucional dos recursos especiais. As estatísticas crescentes têm demonstrado a inadequação de tal sistemática.

Nesse contexto, a simultânea afetação do direito material discutido nos autos e a determinação vinculante de que a análise dos pressupostos fáticos necessários ao processo de subsunção e aplicabilidade refogem ao exercício da competência desta Corte conferiria coesão ao sistema de precedentes, de forma a extrair a máxima efetividade de seus fundamentos - **estabilidade e previsibilidade decisórias, unidade e coerência sistêmicas, segurança jurídica, isonomia e celeridade** – , bem como concretizar seu notório instrumento de racionalização da gestão processual.

Deve ser referido, por oportuno, que este expediente não é inédito nem nesta Corte, nem no Supremo Tribunal Federal. Com efeito, a afetação do Tema 1.246 pela Primeira Seção envolve exatamente a admissibilidade dos recursos relacionados à concessão de benefícios previdenciários por incapacidade, o mesmo ocorrendo com a admissão dos recursos ao regime da repercussão geral pelo STF que deram origem aos Temas 766 e 1.208.

Aliás, recentemente, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do ARE 1.528.097 – Tema 1.396 – definiu a tese relativamente ao objeto da afetação e, concomitantemente, estabeleceu que é **fática a controvérsia** sobre o enquadramento fático ao preceito fixado no julgamento:

1. É possível exigir da Fazenda Pública a apresentação de documentos e cálculos para o início de cumprimento de sentença nos juizados especiais, nos termos da ADPF 219; 2. **É fática a controvérsia sobre a hipossuficiência da parte credora para atribuição à Fazenda Pública do ônus de apresentação de documentos para início de execução de sentença em Juizados Especiais.**

Mesmo expediente foi adotado pelo Superior Tribunal de Justiça no Tema Repetitivo n. 48, *in verbis*:

Nos contratos celebrados no âmbito do Sistema Financeiro da Habitação, é vedada a capitalização de juros em qualquer periodicidade, **mas não cabe ao STJ, todavia, aferir se há capitalização de juros com a utilização da Tabela Price, por força das Súmulas 5 e 7.**

Este entendimento, portanto, acopla de maneira fundamental o **preceito normativo relativo ao direito material** (vedação da capitalização de juros em qualquer periodicidade em contratos celebrados no âmbito do Sistema Financeiro da Habitação) ao **preceito normativo relacionado ao direito processual** (óbice para aferir concretamente se existe capitalização de juros por incidirem as Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

Veja-se que não estará obstada a reanálise, por esta Corte, de situações fático-jurídicas **distintas** daquelas delineadas nos temas afetados, de tal forma que a ampliação, modificação, restrição das **hipóteses jurídicas** em que se admite o reembolso e sua extensão sempre será passível de conhecimento por desbordar dos limites da afetação.

Considerando que a questão jurídica envolve o reembolso de despesas médico-hospitalares realizadas pelos beneficiários, não se recomenda a suspensão dos processos em tramitação nas instâncias ordinárias, senão os **recursos especiais e os agravos em recurso especial que discorram sobre idêntica questão jurídica**, nos termos do art. 1.037, II, do CPC.

Concomitantemente, propõe-se a afetação dos REsp 2.167.029/RJ, com idêntica questão jurídica.

Solicito autorização do colegiado para afetar, monocraticamente, outros recursos representativos desta controvérsia, caso seja necessário, tendo em vista o disposto no art. 1.038, § 3º, do CPC.

Ante o exposto, voto no sentido de AFETAR o presente recurso ao rito dos recursos especiais repetitivos, com determinação de suspensão dos recursos especiais e os agravos em recurso especial, para firmar tese a respeito das seguintes questões federais: I-) a obrigação de a operadora de plano de saúde custear ou reembolsar despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada e sua respectiva extensão, nas hipóteses de insuficiência da rede credenciada ou de urgência ou emergência; II-) (in)admissibilidade dos recursos especiais interpostos para a rediscussão das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem o custeio ou reembolso parcial ou integral, pelo plano de saúde, das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada.

Comunique-se o teor da decisão ao E. Ministro Presidente e aos E. Ministros que compõem a Segunda Seção do STJ, bem como aos Presidentes dos Tribunais de Justiça dos Estados, do Distrito Federal e Territórios e dos Tribunais Regionais Federais.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

ProAfR no RECURSO ESPECIAL Nº 2196667 - SP (2025/0042091-6)

RELATOR : MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA
RECORRENTE : GOCARE PLANOS DE SAUDE LTDA
ADVOGADO : DANIEL CECCON GUIMARÃES - SP443423
RECORRIDO : EDNA ALVES DE SOUZA
REPR. POR : LUANA ALVES DE SOUZA FELICIANO
ADVOGADO : JOSÉ ALVES JUNIOR - SP099988

VOTO PRELIMINAR

MINISTRO RAUL ARAÚJO - Penso que a sistemática de criação de precedentes relativamente vinculantes, não comporta a criação da regra processual prevista no item da presente afetação, nos seguintes moldes: "II-) (in)admissibilidade dos recursos especiais interpostos para a rediscussão das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem o custeio ou reembolso parcial ou integral, pelo plano de saúde, das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada".

Isso porque a) a criação de temas processuais não tem sido a tradição jurisprudencial desta Corte, b) a regra da Súmula 7/STJ, já cumpre com a preocupação relativa à vedação do reexame de provas e do exame do contrato e c) a riqueza dos fatos da vida e as diversas peculiaridades que dão suporte à lides como tais, mormente no aspecto da comprovação da urgência/emergência, podem ser severamente prejudicadas caso a prévia inadmissibilidade do recurso seja a regra geral de forma engessada.

Desse modo, **divirjo parcialmente da proposta de afetação**, concordando apenas com o item "I" da tese a ser Julgada: *"I-) a obrigação de a operadora de plano de saúde custear ou reembolsar despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada e sua respectiva extensão, nas hipóteses de insuficiência da rede credenciada ou de urgência ou emergência"*.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
SEGUNDA SEÇÃO**

Número Registro: 2025/0042091-6

ProAfR no
PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.196.667 / SP

Números Origem: 10104651620218260099 10168591320218260625

Sessão Virtual de 06/08/2025 a 12/08/2025

RelatorExmo. Sr. Ministro **ANTONIO CARLOS FERREIRA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Secretário

Bel. Dimas Dias Pinto

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - Planos de saúde - Tratamento médico-hospitalar

PROPOSTA DE AFETAÇÃO

RECORRENTE : GOCARE PLANOS DE SAUDE LTDA
ADVOGADO : DANIEL CECCON GUIMARÃES - SP443423
RECORRIDO : EDNA ALVES DE SOUZA
REPR. POR : LUANA ALVES DE SOUZA FELICIANO
ADVOGADO : JOSÉ ALVES JUNIOR - SP099988

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia SEGUNDA SEÇÃO, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão virtual com término nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A SEGUNDA SEÇÃO, por maioria, afetou o processo ao rito dos recursos repetitivos (RISTJ, art. 257-C), conforme proposta do Sr. Ministro Relator, para a delimitação das seguintes questões federais:

I) a obrigação de a operadora de plano de saúde custear ou reembolsar despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada e sua respectiva extensão, nas hipóteses de insuficiência da rede credenciada ou de urgência ou emergência;

II) (in)admissibilidade dos recursos especiais interpostos para a rediscussão das conclusões dos acórdãos recorridos quanto aos pressupostos fáticos que permitem o custeio ou reembolso parcial ou integral, pelo plano de saúde, das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada.

Por maioria, determinou-se a suspensão dos recursos especiais e dos agravos em recurso especial que discorram sobre idêntica questão jurídica, nos termos do art. 1.037, II, do CPC.

Os Srs. Ministros Marco Buzzi, Moura Ribeiro, Daniela Teixeira, Nancy Andrichi, João Otávio de Noronha, Humberto Martins e Maria Isabel Gallotti votaram com o Sr. Ministro Relator.

Vencido o Sr. Ministro Raul Araújo, que divergiu totalmente quanto à abrangência e parcialmente quanto à proposta de afetação, concordando apenas com o item "I" da tese.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

C54261551:504254-1@

2025/0042091-6 - REsp 2196667 Petição : 2025/001J304-0 (ProAfR)