



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 3011877 - RS(2025/0299607-1)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : LUCILA SCHERER
ADVOGADOS : VICTOR LUIZ BARCELLOS LIMA - RS018369
HELENA DRUCK SANT'ANNA - RS026617
AGRAVADO : UNIMED VALE DO SINOS - COOPERATIVA DE ASSISTENCIA A
SAÚDE LTDA
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO MARTINS - RS028992
AUGUSTO FRANKE DAHINTEN - RS081108
TALITA GARIBOTTI FOLLE - RS107081
CÁSSIO AUGUSTO VIONE DA ROSA - RS050660
FABIOLA DE OLIVEIRA BRUM - RS101853

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA LIMITADA. RISCO DE VIDA. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

1. É válida a cláusula de limitação geográfica do plano de saúde; entretanto, em situações excepcionais de urgência, com risco de vida reconhecido pelo médico assistente, impõe-se, à luz do art. 35-C, I, da Lei 9.656/1998, o dever de o plano de saúde arcar com o procedimento realizado fora da área de abrangência.

2. No caso, a recorrente recebeu alta hospitalar em Nova Hamburgo, onde havia cobertura de seu plano, e se deslocou a Porto Alegre para visitar seu filho. Lá sentiu novas dores torácicas, foi encaminhada ao médico cirurgião cardiovascular, que assinalou o seguinte: *"Paciente necessita realizar cirurgia de Troca Valvar e Revascularização do Miocárdio urgentemente! Paciente bastante sintomática, sem condições de alta hospitalar e, com risco iminente de morte súbita."* Dessa forma, dado o caráter de evidente urgência, faz jus a consumidora ao custeio do procedimento pelo plano de saúde.

3. Agravo conhecido. Recurso especial provido, a fim de reconhecer o dever do plano de saúde de arcar com o procedimento médico realizado.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026, por unanimidade, dar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator.

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

Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 11 de fevereiro de 2026.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 3011877 - RS (2025/0299607-1)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : LUCILA SCHERER
ADVOGADOS : VICTOR LUIZ BARCELLOS LIMA - RS018369
HELENA DRUCK SANT'ANNA - RS026617
AGRAVADO : UNIMED VALE DO SINOS - COOPERATIVA DE ASSISTENCIA A
SAÚDE LTDA
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO MARTINS - RS028992
AUGUSTO FRANKE DAHINTEN - RS081108
TALITA GARIBOTTI FOLLE - RS107081
CÁSSIO AUGUSTO VIONE DA ROSA - RS050660
FABIOLA DE OLIVEIRA BRUM - RS101853

EMENTA

CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA LIMITADA. RISCO DE VIDA. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

1. É válida a cláusula de limitação geográfica do plano de saúde; entretanto, em situações excepcionais de urgência, com risco de vida reconhecido pelo médico assistente, impõe-se, à luz do art. 35-C, I, da Lei 9.656/1998, o dever de o plano de saúde arcar com o procedimento realizado fora da área de abrangência.

2. No caso, a recorrente recebeu alta hospitalar em Nova Hamburgo, onde havia cobertura de seu plano, e se deslocou a Porto Alegre para visitar seu filho. Lá sentiu novas dores torácicas, foi encaminhada ao médico cirurgião cardiovascular, que assinalou o seguinte: *"Paciente necessita realizar cirurgia de Troca Valvar e Revascularização do Miocárdio urgentemente! Paciente bastante sintomática, sem condições de alta hospitalar e, com risco iminente de morte súbita."* Dessa forma, dado o caráter de evidente urgência, faz jus a consumidora ao custeio do procedimento pelo plano de saúde.

3. Agravo conhecido. Recurso especial provido, a fim de reconhecer o dever do plano de saúde de arcar com o procedimento médico realizado.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo de decisão que inadmitiu recurso especial interposto por LUCILA SCHERER, fundado no art. 105, III, "a", da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, assim ementado (fl. 587-588):

"APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. AUSÊNCIA DE SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU INDISPONIBILIDADE DE LEITOS. NEGATIVA DE COBERTURA. AUSÊNCIA DE ABUSIVIDADE. APELO NÃO PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTA CONTRA SENTENÇA QUE JULGOU IMPROCEDENTE O PEDIDO DE COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS REALIZADAS EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO, SOB A ALEGAÇÃO DE URGÊNCIA E NECESSIDADE INADIÁVEL DO PROCEDIMENTO. A AUTORA OPTOU POR BUSCAR ATENDIMENTO FORA DA REDE CONVENIADA, APESAR DA DISPONIBILIDADE DE LEITOS E EQUIPE MÉDICA NA REDE CREDENCIADA.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. A QUESTÃO EM DISCUSSÃO CONSISTE EM VERIFICAR SE A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE TEM A OBRIGAÇÃO DE CUSTEAR O ATENDIMENTO REALIZADO EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO, À LUZ DA LEI Nº 9.656/1998 E DAS NORMAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), CONSIDERANDO A AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE URGÊNCIA INADIÁVEL E DE INDISPONIBILIDADE DE PRESTADORES DENTRO DA REDE CONVENIADA.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O CONTRATO FIRMADO ENTRE AS PARTES PREVIA EXPRESSAMENTE A LIMITAÇÃO DA COBERTURA AOS ESTABELECIMENTOS DA REDE CREDENCIADA, SENDO FACULTADO O ATENDIMENTO FORA DESSA REDE APENAS NOS CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA QUANDO NÃO HOUVESSE DISPONIBILIDADE DE PRESTADOR CREDENCIADO, NOS TERMOS DO ART. 4º DA RN Nº 259 DA ANS.

4. O CONJUNTO PROBATÓRIO DOS AUTOS DEMONSTROU QUE A APELANTE POSSUÍA CONHECIMENTO DAS LIMITAÇÕES CONTRATUAIS E QUE HAVIA ESTRUTURA HOSPITALAR DISPONÍVEL DENTRO DA REDE CONVENIADA APTA A REALIZAR O PROCEDIMENTO INDICADO, NÃO SE CONFIGURANDO A EXCEÇÃO LEGAL QUE PERMITIRIA O ATENDIMENTO FORA DA REDE.

5. A PERMANÊNCIA DA AUTORA NO HOSPITAL NÃO CREDENCIADO DECORREU DE ESCOLHA PESSOAL E NÃO DE NECESSIDADE MÉDICA EMERGENCIAL, CONFORME DEMONSTRADO PELO TEMPO DECORRIDO ENTRE A INTERNAÇÃO E A INDICAÇÃO CIRÚRGICA, O QUE DESTOA DO COMPORTAMENTO ESPERADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA.

6. A JURISPRUDÊNCIA DO STJ CONSOLIDOU O ENTENDIMENTO DE QUE O REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA SOMENTE É ADMITIDO EM HIPÓTESES EXCEPCIONAIS, COMO A INEXISTÊNCIA OU INSUFICIÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO E A CARACTERIZAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA INADIÁVEL, O QUE NÃO SE VERIFICOU NO CASO CONCRETO.

IV. DISPOSITIVO E TESE

7. APELO NÃO PROVIDO. TESE DE JULGAMENTO: "NÃO HÁ DEVER DE COBERTURA OU REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS EFETUADAS PELO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE EM HOSPITAL NÃO CREDENCIADO QUANDO NÃO DEMONSTRADA A INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR CREDENCIADO NA REDE E A NECESSIDADE INADIÁVEL DO PROCEDIMENTO POR URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA."

Em suas razões recursais, a recorrente alega violação aos arts. 35-C, I, da Lei 9.656/1998; 421, 422 e 423 do Código Civil; 141 e 492 do Código de Processo Civil; e 47 e 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor.

Sustenta que:

i) é possível a reavaliação da prova em sede especial para corrigir *error in iudicando*, pois o acórdão atribuiu valoração indevida a fatos incontroversos, reconhecidos nas instâncias ordinárias, o que autoriza a revisão jurídica sem reexame de provas.

ii) desconsiderou-se laudo médico que atesta a urgência do procedimento cirúrgico e a impossibilidade de alta hospitalar por risco iminente de morte, o que caracteriza atendimento de emergência, com obrigatoriedade de cobertura fora da rede credenciada.

iii) houve vício de fundamentação, porque o acórdão decidiu a causa com base em premissas de reembolso, embora a controvérsia verse sobre a obrigatoriedade de cobertura em situação de urgência; com isso, há descompasso com os limites do pedido e da causa de pedir.

iv) existe relação de consumo e as cláusulas contratuais devem ser interpretadas da forma mais favorável ao consumidor, sendo nulas as disposições que imponham obrigações abusivas e coloquem o consumidor em desvantagem exagerada.

v) ocorreu ofensa aos princípios da função social do contrato, da boa-fé objetiva e da interpretação pro aderente, porque a recusa de cobertura em contexto de urgência/emergência, ainda que fora da rede credenciada, contraria os deveres de lealdade e de cooperação e a proteção da vida e da saúde.

Contrarrazões: foram apresentadas.

No agravo, afirma a presença dos requisitos de admissibilidade do especial.

É o relatório.

VOTO

A pretensão recursal merece prosperar.

A parte recorrente alega a necessidade de reavaliação das provas, em sede de recurso especial, pois entende necessária a revisão jurídica, sem nova análise fático-probatório. Em contrapartida, extraem-se do acórdão proferido pelo eg. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul os seguintes termos:

"Trata-se de recurso de apelação interposto contra a sentença que julgou improcedente o pedido de cobertura de plano de saúde ajuizada pela ora recorrente. A apelante sustentou que seu caso se enquadraria na hipótese do artigo 35-C, inciso I, da Lei nº 9.656/1998, que prevê a obrigatoriedade da cobertura de atendimentos de urgência e emergência quando houver risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente.

Passando ao exame do recurso, tenho como imperioso ressaltar que o conjunto probatório dos autos aponta que a permanência da parte autora em hospital não credenciado se deu por sua própria opção e não em virtude de uma situação emergencial ou da inexistência de leitos disponíveis dentro da rede conveniada. A apelada demonstrou, de forma inequívoca, que sua unidade hospitalar credenciada dispunha de ampla estrutura e corpo clínico apto a realizar o procedimento necessário (evento 66, OUT5). Assim, não se pode imputar à apelada a responsabilidade pelo fato de a demandante ter optado por buscar tratamento em hospital não pertencente à rede conveniada.

No tocante ao contrato, verifiquei que a autora aderiu a um plano de saúde de modalidade regional (FRC2), com segmentação ambulatorial e hospitalar,

acrescido da cobertura obstétrica, sendo sua área de abrangência restrita a determinados municípios.(...)

A conduta da apelante, ao buscar atendimento fora da rede credenciada, revela-se destoante do pactuado. Há evidências de que a autora tinha ciência das limitações do contrato, inclusive por já ter utilizado os serviços em unidade credenciada, como se verificou na internação realizada no Hospital Unimed Vale dos Sinos. **Entretanto, ao deixar a unidade hospitalar antes da conclusão dos exames preparatórios para a troca da válvula aórtica e, no dia seguinte, deslocar-se para um hospital não credenciado em Porto Alegre, agiu em descompasso com os termos contratuais.**

(...)

Assim, a opção por atendimento fora da rede credenciada mostra-se possível tão somente em caso de ausência de profissionais credenciados e ausência de indicação de prestador pela operadora do plano de saúde fora da rede. Nos termos do que dispõe a Lei nº 9.656/98, art. 12, VII, determina-se a cobertura de tratamentos realizados por entidades não conveniadas, em determinadas circunstâncias, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras.

(...)

Ademais, um dos elementos que indicam a ausência de urgência no caso concreto é o lapso temporal decorrido entre a internação da autora e a elaboração do laudo médico que recomendou a troca valvar e a revascularização do miocárdio. Conforme se extrai dos autos, transcorreram 12 dias entre esses dois marcos (evento 1, LAUDO9). Tal intervalo demonstra que houve tempo suficiente para que a paciente se deslocasse até a unidade hospitalar da rede credenciada, localizada dentro da área de abrangência do plano de saúde contratado, a fim de receber os cuidados necessários para a realização da cirurgia. O tempo transcorrido é um fator relevante, pois destoa do comportamento comum em situações emergenciais. Se houvesse risco iminente de vida, esperava-se que as providências necessárias fossem tomadas de forma imediata, o que não ocorreu na hipótese vertente.

O comportamento da autora, ao eleger um estabelecimento hospitalar alheio à rede credenciada, sem que houvesse justificativa médica emergencial ou escassez de leitos na rede conveniada, configura escolha pessoal que não pode ser imputada ao plano de saúde. **Contratar um plano regional, cujas coberturas são restritas, implica a aceitação das limitações pactuadas, inclusive no que se refere à área de atendimento e aos estabelecimentos credenciados. Não cabe ao Judiciário ampliar as obrigações do contrato para incluir cobertura não prevista, sob pena de violação do princípio do pacta sunt servanda. Assim, diante dos elementos constantes nos autos, é possível concluir que a negativa da ré se alinha aos termos contratuais e não caracteriza conduta abusiva, uma vez que não se demonstrou que a autora se encontrava em situação de urgência inadiável. A opção por um atendimento fora da rede credenciada, sem que houvesse impossibilidade de assistência dentro da abrangência do plano, afasta o dever da operadora de arcar com os custos do procedimento realizado em hospital particular não conveniado."** (fls. 583-584) [g.n.]

Como se vê, a Corte de origem, ao analisar os documentos acostados aos autos, entendeu que a recorrente, deliberadamente, dirigiu-se à hospital fora da rede credenciada, submetendo-se à cirurgia sem caráter de urgência.

Pois bem, o Superior Tribunal de Justiça entende que a reavaliação de fatos e provas expressamente reconhecidos no acórdão, suficientes para solucionar a controvérsia, não caracteriza reexame do conjunto fático-probatório, mas sim adequação do enquadramento jurídico. O caso concreto insere-se nessa excepcional seara da reavaliação da prova no bojo do recurso especial.

Nessa senda, há de se observar que, via de regra, presume-se a boa-fé, e não o contrário. Na espécie, a recorrente, firmou com a recorrida plano de saúde individual/familiar, com cobertura ambulatorial e hospitalar, incluindo obstetrícia, com abrangência geográfica limitada a certos municípios.

A agravante assinala que recebeu alta hospitalar em Nova Hamburgo, onde havia cobertura de seu plano, e se deslocou a Porto Alegre para visitar seu filho. Lá sentiu novas dores torácicas, foi encaminhada ao médico cirurgião cardiovascular, que assinalou o seguinte:

*"Paciente necessita realizar cirurgia de Troca Valvar e Revascularização do Miocárdio **urgentemente!** Paciente bastante sintomática, **sem condições de alta hospitalar e, com risco iminente de morte súbita.**" (fl. 102) [g.n.]*

Prevê, nesse passo, o art. 35-C, I, da Lei 9.656/1998:

*"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;"*

Com efeito, em se tratando de reconhecida urgência, suficiente para obstar a alta hospitalar, tendo em vista risco iminente de morte súbita, mostra-se obrigatória a cobertura, ainda que fora de rede conveniada, primordialmente se, como no caso, o procedimento está previsto em rol da ANS. Confirmam-se os seguintes escólios:

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. VÁLVULA TAVI. NATUREZA TAXATIVA DO ROL DA ANS. MITIGAÇÃO DA TAXATIVIDADE. POSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO PARCIALMENTE PROVIDO.

1. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da ANS é de taxatividade mitigada em situações excepcionais, devidamente demonstradas (EREsp n. 1.886.929/SP e EREsp n. 1.889.704/SP, Segunda Seção).

2. Aplicam-se as Súmulas n. 5 e 7 do STJ ao caso em que o acolhimento da tese defendida no recurso especial reclama a análise de cláusulas contratuais e dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

3. Agravo interno parcialmente provido."

(AgInt no REsp n. 2.012.349/SP, relator Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Quarta Turma, julgado em 12/8/2024, DJe de 15/8/2024.) [g.n.]

"DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA GRAVE. IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER. INCORPORAÇÃO AO ROL DA ANS. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE. DANO MORAL CARACTERIZADO. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. A Segunda Seção do STJ, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, concluiu pela possibilidade de custeio de tratamento não constante no rol da ANS, nos seguintes termos: "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. No presente caso, além de o implante de válvula aórtica transcater ter sido incorporado ao rol da ANS, o acórdão reconheceu a situação de urgência, uma vez que a paciente, de 88 anos de idade, foi considerada inoperável para cirurgia convencional de troca valvar aórtica com esternotomia.

3. "A recusa indevida de cobertura, pela operadora de plano de saúde, nos casos de urgência ou emergência, enseja reparação a título de dano moral, em razão do agravamento ou aflição psicológica ao beneficiário, ante a situação vulnerável em que se encontra" (AgInt no REsp 2.025.038/SP, Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 4/9/2023, DJe de 8/9/2023).

4. Agravamento interno a que se nega provimento."

(AgInt no REsp n. 2.096.920/ES, relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 4/12/2023, DJe de 7/12/2023.) [g.n.]

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA ELETIVA COM FINALIDADE ESTÉTICA. PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS. COBERTURA DE TRANSFUSÃO DE SANGUE OBRIGATÓRIA. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AUSÊNCIA DE INTUITO MANIFESTAMENTE PROTELATÓRIO. MULTA DO § 2º DO ART. 1.026 DO CPC AFASTADA.

I. Hipótese em exame I. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 14/10/2024 e concluso ao gabinete em 18/12/2024.

II. Questão em discussão

2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional, bem como sobre a obrigação de cobertura, pela operadora, de procedimentos de emergência realizados durante cirurgia eletiva com finalidade estética e a multa aplicada no julgamento dos embargos de declaração.

III. Razões de decidir

3. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/15 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. Por força do que dispõe o art. 35-C, I, da Lei 9.656/1998, e na linha da diretriz estabelecida pela ANS no art. 11 da Resolução Normativa 465/2021, os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos cobertos ou não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do rol de procedimentos e eventos em saúde.

5. Segundo a jurisprudência desta Corte, a aplicação da penalidade prevista no § 2º do art. 1.026 do CPC é devida apenas quando as questões tratadas foram devidamente fundamentadas na decisão embargada e ficou evidenciado o caráter manifestamente protelatório dos embargos de declaração (AgInt nos EDcl no REsp 1.744.970/SP, Terceira Turma, DJe 10/03/2021).

IV. Dispositivo

6. Recurso especial conhecido e provido."

(REsp n. 2.187.556/DF, relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 19/8/2025, DJEN de 26/8/2025.) [g.n.]

Nesse diapasão, considerando que a recorrente precisou, conforme expressamente constatado por médico especialista, ser internada sem condições de receber alta, tendo em vista risco de morte súbita, ainda que fora da abrangência geográfica contratualmente prevista, impõe-se reconhecer que estavam preenchidos os requisitos do art. 35-C, I, da Lei nº 9.656/98.

Ante o exposto, conheço do agravo para dar provimento ao recurso especial, a fim de reconhecer o dever de a recorrida arcar com os custos do procedimento realizado.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AREsp 3.011.877 / RS
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2025/0299607-1

Número de Origem:
51553318520248210001

Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : LUCILA SCHERER

ADVOGADOS : VICTOR LUIZ BARCELLOS LIMA - RS018369
HELENA DRUCK SANT'ANNA - RS026617

AGRAVADO : UNIMED VALE DO SINOS - COOPERATIVA DE ASSISTENCIA A
SAÚDE LTDA

ADVOGADOS : PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO MARTINS - RS028992
AUGUSTO FRANKE DAHINTEN - RS081108
TALITA GARIBOTTI FOLLE - RS107081
CÁSSIO AUGUSTO VIONE DA ROSA - RS050660
FABIOLA DE OLIVEIRA BRUM - RS101853

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

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026, por unanimidade, decidiu dar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha. Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 09 de fevereiro de 2026