

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.947.757 - RJ (2021/0136676-6)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : BRUNO TEIXEIRA MARCELOS - RJ136828  
JOÃO ANTONIO MARTINS JUNIOR - RJ178617  
RECORRENTE : AMESC - ASSOCIACAO MEDICA ESPIRITA CRISTA  
ADVOGADOS : TEYLLER AGOSTINHO DO CARMO PLOTEGHER - RJ170031  
PRYSCILLA MARIA SILVEIRA DA FONSECA - RJ159389  
RECORRIDO : MARIA TATIANE BEZERRA DE LIMA  
ADVOGADO : GEOVÂNIA DUARTE LOURENÇO - RJ131140

## EMENTA

RECURSOS ESPECIAIS. AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL. PLANO DE SAÚDE. SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DECORRENTE DE COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. DANO MORAL. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA CONFIGURADA. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. NÃO INDICAÇÃO DO DISPOSITIVO LEGAL COM INTERPRETAÇÃO DIVERGENTE. SÚMULA 284/STF. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de responsabilidade civil ajuizada em 14/08/2015, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos, respectivamente, em 16/12/2019 e 31/01/2020 e atribuídos ao gabinete em 02/07/2021. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre: *i)* o dever de a operadora de plano de saúde cobrir parto de urgência, quando o plano de saúde é contratado na segmentação hospitalar sem obstetrícia; *ii)* a responsabilidade do hospital pela negativa de atendimento médico de urgência; e *iii)* a configuração de dano moral.

3. A Lei 9.656/1998 autoriza a contratação de planos de saúde nas segmentações ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia) e odontológica, estabelecendo as exigências mínimas para cada cobertura assistencial disponibilizada aos beneficiários.

4. Em relação ao plano de saúde hospitalar sem obstetrícia, contratado na espécie, a cobertura mínima está vinculada a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, sem limitação de prazo e excluídos os procedimentos obstétricos.

5. A hipótese dos autos, entretanto, apresenta a peculiaridade de se tratar de um atendimento de urgência decorrente de complicações no processo gestacional.

6. Nessa situação, a Lei 9.656/1998 (art. 35-C) e a Resolução CONSU nº

# Superior Tribunal de Justiça

13/1998, estabelecem, observada a abrangência do plano hospitalar contratado e as disposições legais e regulamentares pertinentes, a obrigatoriedade de cobertura, razão pela qual a negativa de cobertura por parte da operadora de plano de saúde foi indevida.

7. A orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de que "*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 AgInt no REsp 1.804.520/SP, 4ª Turma, DJe de 02/04/2020).

8. O CDC estabelece a responsabilidade solidária daqueles que participam da introdução do serviço no mercado por eventuais prejuízos causados ao consumidor (art. 7º, parágrafo único e art. 14).

9. Especificamente quanto à hipótese dos autos, o entendimento exarado pelo Tribunal de origem encontra-se em consonância com o do STJ, no sentido que existe responsabilidade solidária entre a operadora de plano de saúde e o hospital conveniado, pela reparação dos prejuízos sofridos pela beneficiária do plano decorrente da má prestação dos serviços, configurada, na espécie, pela negativa indevida de cobertura e não realização do atendimento médico-hospitalar de urgência de que necessitava a beneficiária-recorrida.

10. A existência de fundamento do acórdão recorrido não impugnado, quando suficiente para a manutenção de suas conclusões, impede a apreciação do recurso especial.

11. Não se conhece do recurso especial quando ausente a indicação expressa do dispositivo legal a que se teria dado interpretação divergente. Precedentes.

12. Recurso especial de NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A conhecido e não provido. Recurso especial de AMESC - ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ não conhecido.

## ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, conheceu e negar provimento ao recurso especial interposto por Notre Dame Intermédica Saúde S.A e não conhecer do recurso especial da AMESC - Associação Médica Espírita Crista, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.

# *Superior Tribunal de Justiça*

Brasília (DF), 08 de março de 2022(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
Relatora



# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.947.757 - RJ (2021/0136676-6)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : BRUNO TEIXEIRA MARCELOS - RJ136828  
JOÃO ANTONIO MARTINS JUNIOR - RJ178617  
RECORRENTE : AMESC - ASSOCIACAO MEDICA ESPIRITA CRISTA  
ADVOGADOS : TEYLLER AGOSTINHO DO CARMO PLOTEGHER - RJ170031  
PRYSILLA MARIA SILVEIRA DA FONSECA - RJ159389  
RECORRIDO : MARIA TATIANE BEZERRA DE LIMA  
ADVOGADO : GEOVÂNIA DUARTE LOURENÇO - RJ131140

## RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relator):

Cuida-se de recursos especiais interpostos por NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S/A e AMESC - ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ, com fundamento na alínea "a" e nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, respectivamente, contra acórdão do TJ/RJ.

Recursos especiais interpostos, respectivamente, em: 16/12/2019 e 31/01/2020.

Atribuídos ao gabinete em: 02/07/2021.

Ação: de responsabilidade civil, ajuizada por MARIA TATIANE BEZERRA DE LIMA em face de NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A e AMESC - ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ, com fundamento na recusa indevida de cobertura e realização de parto de urgência.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos iniciais para condenar as rés, solidariamente, ao pagamento de compensação por danos morais no valor de R\$100.000,00 (cem mil reais).

Acórdão: o TJ/RJ, à unanimidade, deu parcial provimento aos apelos interpostos por NOTRE DAME e AMESC, nos termos da seguinte ementa:

APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO DE CONSUMO. AÇÃO COM PEDIDO DE RESSARCIMENTO MATERIAL E REPARAÇÃO MORAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA PRESTAR O SERVIÇO DE SEGURO-SAÚDE. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARCIAL DOS PEDIDOS. PARTE APELADA QUE MANTINHA CONTRATO COM A 2ª RÉ DESDE 01/06/2014, NECESSITANDO ATENDIMENTO EM 07/09/2014, OU SEJA, APENAS 03(TRÊS) MESES APÓS A CELEBRAÇÃO. AFIRMAÇÕES DA PARTE AUTORA QUE DÃO CONTA DE QUE TINHA CIÊNCIA DA FALTA DE COBERTURA PARA PARTO E QUE, AINDA ASSIM, INTENTOU ATENDIMENTO NO HOSPITAL RÉU. ALEGADA FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, EM RAZÃO DO QUADRO DE SOFRIMENTO FETAL, QUE ACUSAVA UM PARTO DE EMERGÊNCIA. HOSPITAL 1º RÉU QUE RECEBEU PARA ATENDIMENTO, PORÉM, NÃO SE PRONTIFICOU A REALIZAR O PARTO. DIANTE DO QUADRO DELINEADO, CABERIA À PRIMEIRA APELANTE REALIZAR O PARTO DE EMERGÊNCIA E, EM SEGUIDA, IMPUTAR A RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS AO PLANO DE SAÚDE 2º RÉU. APELANTES QUE NÃO COMPROVARAM A INEXISTÊNCIA DE FALHA NA PRESTAÇÃO DE SEUS SERVIÇOS. TEORIA DO RISCO DO EMPREENDIMENTO. AUSENTE PROVA DE DANOS SUPOSTOS PELO FETO OU DOCUMENTOS QUE EVIDENCIEM A NECESSIDADE DE TRATAMENTO POSTERIOR OU AINDA QUE TENHA RESULTADO SEQUELA. ACOLHIMENTO PARCIAL DOS RECURSOS DAS RÉS, VEZ QUE ENTENDO QUE O VALOR FIXADO NA DECISÃO (R\$ 100.000,00) NÃO OBSERVOU OS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE, TAMPOUCO AS CIRCUNSTÂNCIAS DO CASO CONCRETO. PERTINENTE O PEDIDO DE REDUÇÃO DA VERBA FIXADA PELOS DANOS MORAIS PARA R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS), POIS SE REVELA ADEQUADO A REPARAR O DANO EXTRAPATRIMONIAL SOFRIDO PELA PARTE AUTORA E, AINDA, SE REVELA PROPORCIONAL E RAZOÁVEL AO CASO EM QUESTÃO. INTELIGÊNCIA DA SÚMULA Nº 343 DESTA ETJ. RECURSOS PARCIALMENTE PROVIDOS.

Embargos de declaração: opostos por NOTRE DAME, foram rejeitados.

Recurso especial interposto por NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A: alega violação do art. 12, II, "a", da Lei 9.656/98.

Sustenta que "*Os contratos de planos de saúde podem ser contratados apenas para segmentações específicas*", de modo que os "*beneficiários podem contratar planos com apenas uma das quatro segmentações de coberturas autorizadas pela lei*", como na hipótese dos autos, em que "*se identifica a contratação de apenas um segmento: o hospitalar*" (fls. 675/676, e-STJ).

# Superior Tribunal de Justiça

Afirma que "*está prevista a possibilidade de contratação por divisão em segmentos, e por conseguinte, regular a conduta da Operadora*" e que "*está claro que [o] dispositivo de Lei Federal garante tal direito às Operadoras de Plano de Saúde e aos consumidores a contratação de apenas alguns dos serviços na ocasião de contratação*" (fl. 679, e-STJ).

Assevera que o acórdão recorrido reconheceu que a recorrida gozava de plano de saúde com segmentação sem cobertura obstétrica e, apesar disso, condenou a recorrente à cobertura.

Recurso especial interposto por AMESC – ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ: alega violação dos arts. 187 e 927 do CC; 7º e 14 do CDC, além de dissídio jurisprudencial.

Aduz que "*não tendo a Recorrente contribuído para a prática do ato ilícito, não cabe responsabilizá-la pelo dano causado EXCLUSIVAMENTE pelo plano de saúde*" (fl. 731, e-STJ).

Afirma que "*não há nos autos prova alguma de que a Recorrente tenha se negado a atender a Recorrida, PELO CONTRÁRIO, a própria Recorrida, em sua inicial, RECONHECE que foi a ela ofertado o parto na unidade hospitalar da Recorrente, tendo ela negado expressamente tal atendimento*", e que "*a real atividade da Recorrente deixa evidente que nenhuma responsabilidade tem a Recorrente quanto a negativa do plano de saúde da Recorrida na internação do seu beneficiário*" (fl. 732, e-STJ).

Assevera, ainda, que "*não há nenhuma ofensa praticada pela Recorrente a amparar a sua responsabilização*" já que "*solicitou normalmente ao plano de saúde a liberação do parto, esta negada expressamente pelo plano de saúde. No mesmo ato, o hospital prontamente informou a Recorrida e seus familiares, dando a ela, inclusive, opção de realizar este parto como particular, não*

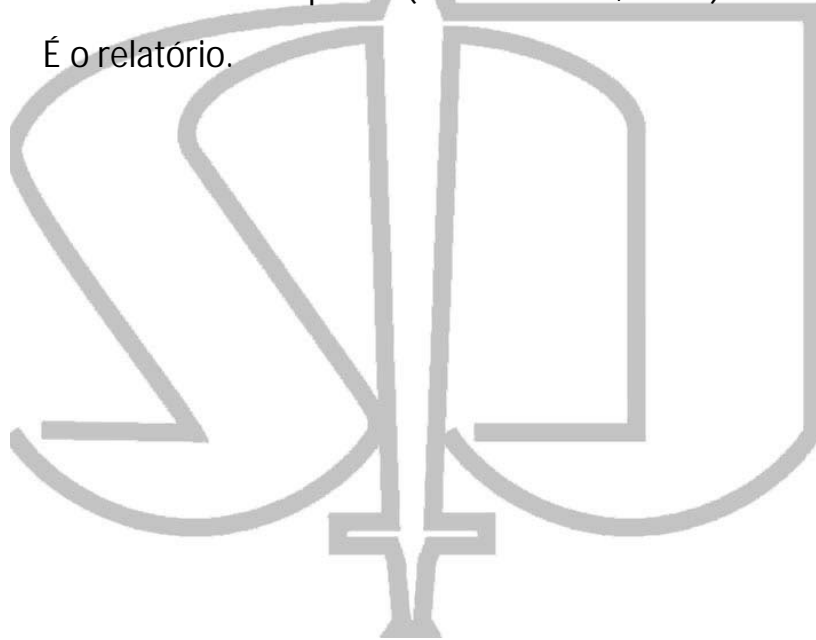
# *Superior Tribunal de Justiça*

*incurrendo em nenhuma infração legal* (fl. 733, e-STJ).

Por fim, com base no dissídio jurisprudencial, sustenta a necessidade de redução ou afastamento da compensação por dano moral, seja por não ter contribuído ou por ter contribuído com potencial ofensivo menor do que o causado pela operadora de plano de saúde.

Prévio juízo de admissibilidade: o TJ/RJ inadmitiu os recursos (fls. 809/813, e-STJ), dando azo à interposição dos respectivos agravos, providos para determinar a conversão em especial (fls. 895 e 896, e-STJ).

É o relatório.



# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.947.757 - RJ (2021/0136676-6)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : BRUNO TEIXEIRA MARCELOS - RJ136828  
JOÃO ANTONIO MARTINS JUNIOR - RJ178617  
RECORRENTE : AMESC - ASSOCIACAO MEDICA ESPIRITA CRISTA  
ADVOGADOS : TEYLLER AGOSTINHO DO CARMO PLOTEGHER - RJ170031  
PRYSCILLA MARIA SILVEIRA DA FONSECA - RJ159389  
RECORRIDO : MARIA TATIANE BEZERRA DE LIMA  
ADVOGADO : GEOVÂNIA DUARTE LOURENÇO - RJ131140

## EMENTA

RECURSOS ESPECIAIS. AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL. PLANO DE SAÚDE. SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DECORRENTE DE COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. DANO MORAL. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA CONFIGURADA. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. NÃO INDICAÇÃO DO DISPOSITIVO LEGAL COM INTERPRETAÇÃO DIVERGENTE. SÚMULA 284/STF. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de responsabilidade civil ajuizada em 14/08/2015, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos, respectivamente, em 16/12/2019 e 31/01/2020 e atribuídos ao gabinete em 02/07/2021. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre: *i*) o dever de a operadora de plano de saúde cobrir parto de urgência, quando o plano de saúde é contratado na segmentação hospitalar sem obstetrícia; *ii*) a responsabilidade do hospital pela negativa de atendimento médico de urgência; e *iii*) a configuração de dano moral.

3. A Lei 9.656/1998 autoriza a contratação de planos de saúde nas segmentações ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia) e odontológica, estabelecendo as exigências mínimas para cada cobertura assistencial disponibilizada aos beneficiários.

4. Em relação ao plano de saúde hospitalar sem obstetrícia, contratado na espécie, a cobertura mínima está vinculada a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, sem limitação de prazo e excluídos os procedimentos obstétricos.

5. A hipótese dos autos, entretanto, apresenta a peculiaridade de se tratar de um atendimento de urgência decorrente de complicações no processo gestacional.

6. Nessa situação, a Lei 9.656/1998 (art. 35-C) e a Resolução CONSU nº 13/1998, estabelecem, observada a abrangência do plano hospitalar



# Superior Tribunal de Justiça

contratado e as disposições legais e regulamentares pertinentes, a obrigatoriedade de cobertura, razão pela qual a negativa de cobertura por parte da operadora de plano de saúde foi indevida.

7. A orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de que "*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 AgInt no REsp 1.804.520/SP, 4ª Turma, DJe de 02/04/2020).

8. O CDC estabelece a responsabilidade solidária daqueles que participam da introdução do serviço no mercado por eventuais prejuízos causados ao consumidor (art. 7º, parágrafo único e art. 14).

9. Especificamente quanto à hipótese dos autos, o entendimento exarado pelo Tribunal de origem encontra-se em consonância com o do STJ, no sentido que existe responsabilidade solidária entre a operadora de plano de saúde e o hospital conveniado, pela reparação dos prejuízos sofridos pela beneficiária do plano decorrente da má prestação dos serviços, configurada, na espécie, pela negativa indevida de cobertura e não realização do atendimento médico-hospitalar de urgência de que necessitava a beneficiária-recorrida.

10. A existência de fundamento do acórdão recorrido não impugnado, quando suficiente para a manutenção de suas conclusões, impede a apreciação do recurso especial.

11. Não se conhece do recurso especial quando ausente a indicação expressa do dispositivo legal a que se teria dado interpretação divergente. Precedentes.

12. Recurso especial de NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A conhecido e não provido. Recurso especial de AMESC - ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ não conhecido.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.947.757 - RJ (2021/0136676-6)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : BRUNO TEIXEIRA MARCELOS - RJ136828  
JOÃO ANTONIO MARTINS JUNIOR - RJ178617  
RECORRENTE : AMESC - ASSOCIACAO MEDICA ESPIRITA CRISTA  
ADVOGADOS : TEYLLER AGOSTINHO DO CARMO PLOTEGHER - RJ170031  
PRYSCILLA MARIA SILVEIRA DA FONSECA - RJ159389  
RECORRIDO : MARIA TATIANE BEZERRA DE LIMA  
ADVOGADO : GEOVÂNIA DUARTE LOURENÇO - RJ131140

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relator):

O propósito recursal consiste em decidir sobre: *i)* o dever de a operadora de plano de saúde cobrir parto de urgência, quando o plano de saúde é contratado na segmentação hospitalar sem obstetrícia; *ii)* a responsabilidade do hospital pela negativa de atendimento médico de urgência; e *iii)* a configuração de dano moral.

I. DA MOLDURA FÁTICA DA DEMANDA

1. Segundo o acórdão recorrido, MARIA TATIANE BEZERRA DE LIMA, ora recorrida, é beneficiária de plano de saúde da NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A e, após ter dado entrada no Hospital da AMESC – ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ em trabalho de parto, foi informada que o nascituro se encontrava em sofrimento fetal e que havia necessidade de internação em regime de urgência, mas que o seu plano não cobriria o parto.

2. Consta do acórdão, ainda, que o Hospital não lhe oportunizou a realização do parto e, pelo contrário, orientou a recorrida de que precisaria correr contra o tempo para se deslocar para um hospital que realizasse o parto.

3. Sendo assim, a própria recorrida solicitou uma ambulância à

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e se dirigiu a um hospital público, onde foi verificada a urgência do caso e o sofrimento fetal, chegando o recém-nascido a ser reanimado após o parto, ante a diminuição da frequência cardíaca.

4. Diante de tais fatos, tem-se, de um lado, a operadora do plano de saúde, defendendo que não pode ser condenada à cobertura do parto, porque o contrato firmado com a beneficiária era de segmentação hospitalar sem cobertura obstétrica; de outro lado, o hospital, sustentando que não pode ser responsabilizado porque não recusou o atendimento à beneficiária, tendo sido o dano causado exclusivamente pela operadora do plano de saúde, que negou a cobertura do parto.

## II. DO RECURSO ESPECIAL DE NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A

Das segmentações contratadas nos planos de saúde e da cobertura do parto

5. A Lei 9.656/1998 autoriza a contratação de planos de saúde nas segmentações ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia) e odontológica, estabelecendo as exigências mínimas para cada cobertura assistencial disponibilizada aos beneficiários.

6. Em relação ao plano de saúde hospitalar sem obstetrícia, a cobertura mínima está vinculada a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, sem limitação de prazo, e excluídos os procedimentos obstétricos (art. 12, II).

7. Por outro lado, o plano de saúde hospitalar com obstetrícia garante, além do regime de internação sem limitação de prazo, o atendimento obstétrico e

a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo, durante os 30 dias após o parto (art. 12, III).

8. Em âmbito regulamentar, a Resolução Normativa 25/2012 da ANS, no que se refere ao plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, garante, observados os prazos de carência, a cobertura do parto e da internação dele decorrente, bem como o atendimento de urgência, decorrente de complicação no processo gestacional, relacionado a parto:

1. A beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias.

2. Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

2.1 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e

2.2 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

2.2.1 - deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral;

2.2.2 - persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

2.2.3 - uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

2.2.4 - em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

9. Nesse contexto, confere-se que para ter direito à cobertura do parto pelo plano de saúde, a beneficiária precisa ter contratado a segmentação hospitalar com obstetrícia.

Da cobertura do atendimento nas hipóteses de urgência e emergência

10. A hipótese dos autos, entretanto, conforme delineado pelas instâncias ordinárias, apresenta a peculiaridade de se tratar de um atendimento de urgência.

11. Saliente-se, nesse contexto, que o art. 35-C da Lei 9.656/1998 dispõe sobre as hipóteses de urgência e emergência de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, veja-se:

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;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

III - de planejamento familiar.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. (grifo nosso)

12. Nessa linha, o Conselho de Saúde Suplementar editou a Resolução nº 13/1998 que disciplina "*a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência*", com a especificação de sua abrangência para cada segmentação de plano de saúde.

13. Ao regulamentar o plano de segmentação hospitalar, o art. 3º da Resolução CONSU nº 13/1998 estabelece que os contratos deverão oferecer

cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções:

Art. 3º Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§1º No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§2º No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

§3º Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

14. O art. 4º da Resolução CONSU nº 13/1998 garante, ainda, os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional e estabelece que, caso haja necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica que ainda esteja cumprindo período de carência, deverá a operadora de plano de saúde, obrigatoriamente, cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial:

Art. 4º Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art. 2º para o plano ambulatorial.

15. Para o plano de segmentação ambulatorial mencionado, o art. 2º da Resolução CONSU nº 13/1998 assegura a cobertura do atendimento de urgência e emergência limitada até as primeiras 12 (doze) horas e adverte que quando for necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura de segmentação hospitalar, a cobertura cessará e a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante:

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.

16. Apesar disso, o entendimento adotado por esta Corte é de que não se limita a cobertura de urgência e de emergência ao que foi despendido apenas nas primeiras doze horas de tratamento, tendo em vista o disposto na súmula 302 do STJ: *É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado*. Nessa linha: AgInt no REsp 1.796.795/RJ, 3ª Turma, DJe de 26/05/2019 e AgInt no AREsp 1.122.995/SP, 4ª Turma, DJe de 14/11/2017.

17. Nesse sentido, sobreveio a Resolução Normativa da ANS nº 465/2021 que, ao atualizar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, o qual estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde, assenta que o plano hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os

atendimentos de urgência e emergência, garantindo a cobertura da internação hospitalar por período ilimitado de dias, *in verbis*:

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

I - internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias;  
(...)

18. Importa mencionar, ainda, que o art. 7º da Resolução CONSU nº 13/1998 dispõe que as operadoras de planos de saúde devem garantir a cobertura de remoção, após os atendimentos de urgência e emergência, quando ficar caracterizado a falta de recursos oferecidos pela unidade de atendimento para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários de plano de segmentação ambulatorial:

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, desse ônus.

§2º Caberá a 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.

§4º Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no §2º deste artigo, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.



19. Diante desse arcabouço normativo, e considerando a abrangência do plano hospitalar contratado e as disposições legais e regulamentares pertinentes, conclui-se que não há que falar em exclusão de cobertura do atendimento de parto de urgência, de que necessitava a recorrida, incluindo o direito à internação sem limite de dias ou a cobertura de remoção, o que, conforme consta dos autos, não se verifica na hipótese.

20. Maury Ângelo Bottesini e Mauro Conti Machado corroboram essa afirmativa, aduzindo que:

*"Indispensável esclarecer que não se confundem a emergência e a urgência. É provável que a confusão ordinariamente vista entre elas decorra do fato de serem sinônimas as expressões e de ambas implicarem risco para a vida ou para a integridade física de uma pessoa. A urgência traz consigo a ideia daquilo que deve ser feito com rapidez, imediatamente, enquanto a emergência traz a ideia de imprevisto, de perigoso e de fortuito, embora não necessite ser atendida com rapidez, imediatamente.*

*Diante da urgência, omitindo-se o médico que seja chamado ou presencie o evento, responderá pela omissão do socorro na esfera civil e na criminal, visto que ele tem o dever de assistência nos casos urgentes e graves, evidentemente.*

*A emergência, por outro lado, exige providências de outros profissionais aos quais o doente seja apresentado, para que seja providenciado o atendimento por médico ou por outro profissional adequado ao caso, tão rápido quanto necessário, afastada a ideia da imediatidade que acompanha o conceito da urgência.*

*Nenhum dispositivo de lei pode impedir, limitar ou criar obstáculo para o atendimento de urgência. Nem mesmo a cláusula de carência, antes de completado o tempo estipulado, ou previsto em lei, pode ser obstáculo para o atendimento do paciente. Daí decorre a utilidade da dissertação a respeito da responsabilização dos médicos diante dos casos de urgência. Nenhum deles se exonerará da responsabilidade alegando limitação de cobertura ou disposição legal limitativa do atendimento necessário ao caso, e com todos os meios disponíveis." (Lei dos planos e seguros de saúde: comentada artigo por artigo. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2015, p. 109 – grifo nosso)*

21. Logo, o fato de o plano de saúde da beneficiária ser da

segmentação hospitalar sem obstetrícia em nada altera o dever de cobertura do atendimento de urgência decorrente de complicações no processo gestacional, pois, como visto, trata-se de hipótese de cobertura obrigatória, razão pela qual a negativa de cobertura pela operadora de plano de saúde foi indevida.

Da configuração do dano moral

22. Em um primeiro exame da questão, o STJ adotou o entendimento de que a negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde caracterizaria mero descumprimento contratual; no entanto, a partir do julgamento do AgRg no Ag nº 520.390/RJ (3ª Turma, DJ de 05/04/2004), passou a adotar a tese segundo a qual a recusa indevida em fornecer o serviço de seguro esperado pelo consumidor, em momento de extrema angústia, gera dano moral.

23. Assim, embora se reconheça que a regra geral seja a de que o simples inadimplemento contratual não gera, por si só, dano moral, a jurisprudência do STJ considera excepcional a hipótese de recusa injusta e abusiva da cobertura de assistência à saúde, na circunstância em que, na própria descrição das circunstâncias do ilícito, for possível verificar consequências bastante sérias de cunho psicológico que são resultado direto do inadimplemento.

24. É dizer, a sujeição do consumidor à indevida recusa de cobertura pela seguradora de saúde, quando já se encontra ele em urgente e flagrante necessidade de atendimento médico, como na hipótese dos autos, é apta a gerar danos ao seu patrimônio moral.

25. Nessa toada, a orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de que "*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*

# Superior Tribunal de Justiça

*vulnerável em que se encontra'* (AgInt no AgInt no REsp 1.804.520/SP, 4ª Turma, DJe de 02/04/2020). Nesse mesmo sentido: AgInt no AREsp 1.396.523/DF, 3ª Turma, DJe de 09/04/2019; AgInt no AREsp 1.570.419/RJ, 3ª Turma, DJe de 20/03/2020; AgInt no AREsp 1.923.012/SP, 4ª Turma, DJe de 26/11/2021.

26. No particular, o TJ/RJ registrou que *"a negativa das Rés, ora Apelantes, em darem cobertura à realização do procedimento necessitado pela parte Apelada, em se tratando de emergência, se constitui em descumprimento de obrigação decorrente do contrato de seguro saúde celebrado entre ambos"* (fl. 592, e-STJ).

27. Nesse contexto, o Tribunal de origem concluiu pela *"falha na prestação do serviço, no que concerne à negativa injustificada em autorizar o parto e na liberação da parte autora para procurar atendimento na rede pública, causando à esta angústia e aflição"* (fl. 592, e-STJ), tornando sob esta perspectiva, ilícita a conduta das recorrentes, motivo pelo qual sobressai o dever destas de indenizar a recorrida, consoante decidiram, acertadamente, as instâncias ordinárias.

28. Frise-se, por oportuno, que o Código de Defesa do Consumidor estabelece a responsabilidade solidária daqueles que participam da introdução do serviço no mercado por eventuais prejuízos causados ao consumidor (art. 7º, parágrafo único e art. 14). Especificamente quanto à hipótese dos autos, o entendimento do STJ é no sentido de que existe responsabilidade solidária entre a operadora de plano de saúde e o hospital conveniado pela reparação dos prejuízos sofridos pela beneficiária do plano decorrente da má prestação dos serviços, configurada, na espécie, pela negativa indevida de cobertura e não realização do atendimento médico-hospitalar de parto de urgência de que necessitava a beneficiária-recorrida. Nesse sentido: REsp 1.695.781/SP, 3ª Turma, DJe de

20/11/2017.

29. Logo, a conclusão do acórdão recorrido, quanto à responsabilidade solidária entre as recorrentes, também não merece reforma.

### III. DO RECURSO ESPECIAL DE AMESC – ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ

Da existência de fundamento não impugnado

30. Em que pese as alegações da AMESC quanto à ausência de responsabilidade no que se refere à negativa de cobertura do atendimento de urgência pela NOTRE DAME, a recorrente não impugnou o fundamento utilizado pelo TJ/RJ no sentido de que *"caberia ao hospital apelante (...) oferecer a realização do parto e, em seguida, imputar a responsabilidade pelo pagamento das despesas ao plano de saúde réu, em vez de restringir o atendimento que ocasionou o deslocamento para Hospital público"* (e-STJ, fls. 589/592), razão pela qual deve ser mantido o acórdão recorrido.

31. Aplica-se, quanto ao ponto, a Súmula 283 do STF.

Do dissídio jurisprudencial

32. A falta de indicação do dispositivo de lei sobre o qual recai a divergência inviabiliza a análise do dissídio. Nesse sentido: AgRg no AREsp 637.381/SP, 4ª Turma, DJe de 2/3/2016; EDcl no AREsp 806.419/SP, 3ª Turma, DJe de 22/2/2016; e AgRg no REsp 1.346.588/DF, Corte Especial, DJe de 17/3/2014.

33. Ressalta-se que a indicação do dispositivo legal deve ser realizada pela própria parte nas razões recursais, de forma expressa, clara e precisa, sendo insuficiente o fato de constar no texto dos acórdãos paradigmas colacionados.

IV. CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO do recurso especial de NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A e NEGO-LHE PROVIMENTO e NÃO CONHEÇO do recurso especial de AMESC – ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA CRISTÃ.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, considerando o trabalho adicional imposto ao advogado da parte recorrida em virtude da interposição destes recursos, majoro os honorários fixados anteriormente em seu favor, de 10% sobre o valor da condenação para 15% (fl. 481, e-STJ).



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO  
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2021/0136676-6      **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.947.757 / RJ**

Números Origem: 0022038-43.2015.8.19.0206 00220384320158190206 202024507146 220384320158190206

PAUTA: 08/03/2022

JULGADO: 08/03/2022

**Relatora**

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **MÁRIO PIMENTEL ALBUQUERQUE**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

**AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : BRUNO TEIXEIRA MARCELOS - RJ136828  
                  JOÃO ANTONIO MARTINS JUNIOR - RJ178617  
RECORRENTE : AMESC - ASSOCIACAO MEDICA ESPIRITA CRISTA  
ADVOGADOS : TEYLLER AGOSTINHO DO CARMO PLOTEGHER - RJ170031  
                  PRYSILLA MARIA SILVEIRA DA FONSECA - RJ159389  
RECORRIDO : MARIA TATIANE BEZERRA DE LIMA  
ADVOGADO : GEOVÂNIA DUARTE LOURENÇO - RJ131140

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - Planos de saúde

**CERTIDÃO**

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, conheceu e negou provimento ao recurso especial interposto por Notre Dame Intermédica Saúde S.A e não conheceu do recurso especial da AMESC - Associação Médica Espírita Crista, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva (Presidente), Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.