

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.594 - SP (2019/0303865-6)**

**RELATOR** : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**  
**RECORRENTE** : **SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO**  
**ADVOGADO** : **EDUARDO AUGUSTO MENDONÇA DE ALMEIDA - SP101180**  
**RECORRIDO** : **BRUNA NOVAIS DE ABREU**  
**ADVOGADO** : **ROSIMEIRE SANTANA DE ARAUJO CREPALDI - SP262299**

**EMENTA**

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES. DEMANDA AJUIZADA PELO HOSPITAL EM DESFAVOR DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (CONTRATANTE), EM RAZÃO DA NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE OMISSÃO OU CONTRADIÇÃO NO ACÓRDÃO RECORRIDO. POSSIBILIDADE DE COBRANÇA DOS DÉBITOS GERADOS COM A INTERNAÇÃO HOSPITALAR. CLÁUSULA CONTRATUAL EXPRESSA IMPUTANDO A RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS AO CONTRATANTE, NO CASO DE RECUSA DO CUSTEIO PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. ILEGITIMIDADE DO HOSPITAL EM DISCUTIR A SUPOSTA ABUSIVIDADE NA NEGATIVA DE COBERTURA PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. QUESTÃO QUE CONFIGURA *RES INTER ALIOS ACTA*. SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES DEVIDAMENTE PRESTADOS. REFORMA DO ACÓRDÃO RECORRIDO QUE SE IMPÕE. RESTABELECIMENTO DA SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. RECURSO PROVIDO.

1. Cinge-se a controvérsia a saber, a par da existência de negativa de prestação jurisdicional, se é possível responsabilizar a ré, ora recorrida, pelas despesas médico-hospitalares contraídas em decorrência da internação de seu filho no hospital/autor, tendo em vista a ausência de cobertura pela operadora do plano de saúde.

2. As questões indispensáveis à solução da controvérsia foram devidamente analisadas no acórdão recorrido, não havendo que se falar em negativa de prestação jurisdicional por parte do Tribunal de origem, razão pela qual afasta-se a apontada violação ao art. 1.022 do CPC/2015.

3. Constatando-se que todos os serviços médico-hospitalares contratados pela ré foram devidamente prestados pelo hospital, sem qualquer vício, e levando-se em conta que a operadora do plano de saúde do paciente não autorizou a sua internação, sob a justificativa de que ainda não havia ultrapassado o prazo de carência, não há como afastar a responsabilidade da contratante pelos débitos contraídos junto ao hospital.

3.1. Não se pode olvidar que no contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares firmado entre as partes contém cláusula expressa estipulando a responsabilidade solidária da contratante e do paciente, no caso de recusa do custeio pela operadora do plano de saúde, como ocorrido na espécie.

3.2. Ademais, impõe-se esclarecer que a suposta abusividade da negativa de cobertura da internação do paciente, considerando que a carência não pode ultrapassar 24 (vinte quatro) horas nos casos de urgência médica, conforme dispõe o art. 12, inciso V, alínea c, da Lei 9.656/1998, é matéria para ser discutida em ação própria, a ser ajuizada pelo beneficiário do plano de saúde em desfavor da respectiva operadora, pois o hospital não tem legitimidade para discutir essa questão, visto que o contrato de plano de saúde produz efeitos exclusivamente sobre a esfera jurídica das partes - beneficiário e operadora do plano -, não prejudicando e nem favorecendo terceiros (*res inter alios acta*).

4. Recurso especial provido.

**ACÓRDÃO**

# *Superior Tribunal de Justiça*

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi, Paulo de Tarso Sanseverino (Presidente) e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 23 de fevereiro de 2021 (data do julgamento).

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



**RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.594 - SP (2019/0303865-6)**

**RELATÓRIO**

**O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE:**

A Sociedade Beneficente São Camilo ajuizou ação de cobrança em desfavor de Bruna de Abreu Mazzali, buscando o pagamento da dívida contraída em decorrência dos serviços médicos e hospitalares prestados a seu filho, E. A. M. B., o qual fora internado por diagnóstico de meningite no Hospital São Camilo - Pompéia, no período de 29/8/2012 a 01/9/2012.

O Juízo de primeiro grau julgou procedente o pedido para condenar a ré ao pagamento de R\$ 5.924,38 (cinco mil, novecentos e vinte e quatro reais e trinta e oito centavos), valor correspondente ao custo dos serviços médicos e hospitalares prestados pela autora.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, contudo, por maioria de votos, deu provimento à apelação da ré, para reformar a sentença, julgando improcedente a ação de cobrança, nos termos da seguinte ementa:

**APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SERVIÇOS HOSPITALARES. LEGITIMIDADE PASSIVA CONFIGURADA. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO LISTADO NO ROL DA ANS. NEGATIVA ABUSIVA. 'HAFTUNG' NÃO CONFIGURADO.**

- Apesar de existir o débito (*shuld*), o réu não tem responsabilidade patrimonial (*haftung*), pois incontestada a relação material perante a seguradora em nenhum momento negada pelas partes;

- Constando o procedimento no rol previsto pela ANS, deve o plano de saúde custear o valor da internação abusiva, portanto, negativa de cobertura.

**RECURSO PROVIDO**

Os embargos de declaração opostos pela autora foram rejeitados.

Posteriormente, a Sociedade Beneficente São Camilo interpôs recurso especial, alegando, dentre outras matérias, a violação ao art. 1.022 do CPC/2015.

O referido recurso foi provido por este signatário, no bojo do AREsp n.

1.384.154/SP, determinando o retorno dos autos ao Tribunal de origem para que proferisse novo julgamento dos aclaratórios (e-STJ, fls. 269-277).

Em novo julgamento, o Tribunal local, embora tenha esclarecido a contradição apontada pela recorrente, manteve a rejeição dos embargos, nos seguintes termos:

**EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. CONTRADIÇÃO E OMISSÃO NÃO VERIFICADAS.**

- Descabida a alteração do que já foi decidido por meio de embargos de declaração, que não é recurso próprio para este fim. Se o embargante entende que a questão não foi bem apreciada, o recurso cabível é outro, que não os embargos de declaração, que se presta a esclarecer, se existentes, dúvidas, omissões ou contradições no julgado;

- Reapreciando os termos lançados nos embargos de declaração, bem como a decisão do C. Superior Tribunal de Justiça, é o caso de se manter a rejeição dos embargos de declaração, visto que todas as provas e questões fáticas foram analisadas, fixando esta Câmara a tese combatida.

**EMBARGOS DE DECLARAÇÃO REJEITADOS**

Daí o presente recurso especial, em que a Sociedade Beneficente São Camilo sustenta novamente a violação ao art. 1.022 do CPC/2015, ao argumento de que o Tribunal Paulista, mesmo após o julgamento dos segundos aclaratórios, deixou de analisar os documentos juntados aos autos e os dispositivos legais suscitados.

Quanto à questão de fundo, aponta a existência de divergência jurisprudencial, bem como a negativa de vigência aos arts. 506 do Código de Processo Civil de 2015 e 884 do Código Civil, além de violação ao princípio do *pacta sunt servanda*, alegando que, "apesar de constado no v.v. acórdão recorrido que a negativa de cobertura do plano de saúde seria abusiva, esse fato não era discutido pelas partes nos autos e trata-se de relação jurídica distinta do objeto da ação. Há provas inequívocas nos autos que, mesmo ciente da negativa do plano de saúde, como bem constou na r. sentença de 1º Grau, a recorrida optou pela internação particular, confessando a prestação de serviços. E o E. TJSP, ao ignorar tal fato e determinar a improcedência da ação, acabou por permitir e violar a norma que dispõe acerca do enriquecimento ilícito" (e-STJ, fl. 296).

Reforça, ainda, que, no contrato firmado entre as partes, a recorrida "se

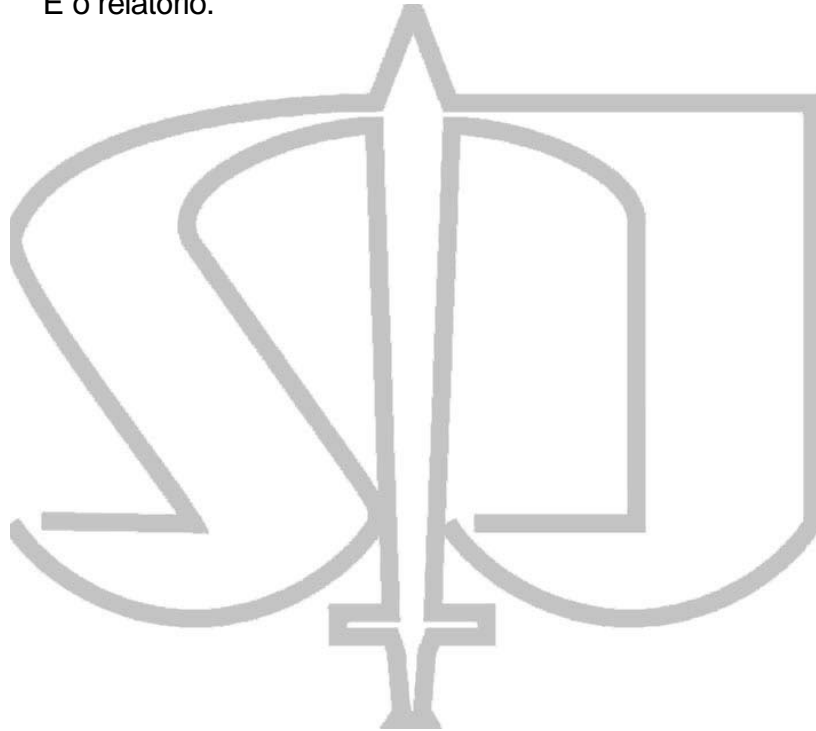
# *Superior Tribunal de Justiça*

responsabilizou pelo adimplemento em caso de recusa da operadora de saúde" (e-STJ, fl. 296).

Busca, assim, o provimento do recurso especial para declarar a nulidade do acórdão recorrido, em razão da violação ao art. 1.022 do CPC/2015, ou, subsidiariamente, seja a ação de cobrança julgada procedente, restabelecendo-se a sentença.

As contrarrazões foram ofertadas às fls. 335-345 (e-STJ).

É o relatório.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.594 - SP (2019/0303865-6)

VOTO

**O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE (RELATOR):**

Cinge-se a controvérsia a saber, a par da existência de negativa de prestação jurisdicional, se é possível responsabilizar a ré, ora recorrida, pelas despesas médico-hospitalares contraídas em decorrência da internação de seu filho no hospital/autor, tendo em vista a ausência de cobertura pela operadora do plano de saúde.

**1. Delimitação fática**

Colhe-se dos autos que, no dia 28/8/2012, às 22:19h, o filho da ora recorrida, E. A. M. B., deu entrada no Hospital São Camilo - Pompéia, com quadro clínico de febre de origem indeterminada.

Após a realização de alguns exames, foi "detectado em exame de Líquor (29/08. às 09:32h) a presença de Meningite Linfomonocitária (Viral), em risco iminente de vida, sem condições clínicas de se submeter a uma transferência hospitalar, ao contrário, indicou-se a internação imediata em Ala de Pediatria, ocorrida em 29 de Agosto, às 13:45h, para prosseguir no tratamento e investigação clínica" (e-STJ, fl. 110).

Embora o filho da recorrida tenha entrado no hospital por meio de seu convênio médico (Green Line), a referida internação foi negada pela operadora de plano de saúde, ao argumento de que o período de carência ainda não havia encerrado.

Devido ao quadro clínico do paciente, a Coordenadoria de UTI Pediátrica e Neonatal resolveu encaminhá-lo para internação em Ala de Pediatria, a fim de iniciar o tratamento médico, conforme se verifica da declaração médica à fl. 110 (e-STJ):

**(...), embora a criança estivesse incluída em Convênio Médico, sua internação não foi autorizada.**

**Devido ao quadro clínico de início súbito (Febre de Origem Indeterminada Meningite Viral), tipicamente ou paciente agudo, dada sua condição de chegada ao serviço (em Urgência Médica), as carências e impedimentos burocráticos foram desconsiderados**

**e o paciente foi encaminhado para a internação em Ala de Pediatria.**

Nesse ínterim, o genitor da criança se dirigiu até a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude do Foro Regional IV - Lapa, onde foi aberto o Procedimento nº 37.0640.0000562/2012-5, havendo a expedição de ofício ao hospital e à operadora de plano de saúde Green Line requisitando informações detalhadas sobre os motivos pelos quais não foi autorizada a internação do paciente, visto que o caso se tratava de urgência médica, cujo tempo máximo de carência é de 24 (vinte e quatro) horas.

Considerando que o paciente já havia sido internado e recebido todo o tratamento médico indicado, o seu genitor entrou em contato com o Ministério Público informando que a questão havia sido "resolvida administrativamente", o que acarretou no arquivamento do respectivo procedimento administrativo pela Promotora de Justiça responsável.

Como a operadora de plano de saúde não pagou pelos serviços médicos e hospitalares fornecidos pelo hospital, foi ajuizada ação de cobrança contra a genitora do paciente, ora recorrida.

O Juízo de primeiro grau, por sua vez, julgou procedente o pedido para condenar a ré ao pagamento da quantia de R\$ 5.924,38 (cinco mil, novecentos e vinte e quatro reais e trinta e oito centavos), correspondente ao valor dos serviços prestados, reconhecendo ser "legítima a cobrança do débito pelo autor porque prestou os serviços e, quanto à responsabilidade pelo pagamento por parte da seguradora, caberá a requerida, se o caso, postular o reembolso na via processual adequada" (e-STJ, fl. 122).

O Tribunal de origem, contudo, por maioria de votos, deu provimento à apelação da ré para reformar a sentença e julgar improcedente o pedido, ao fundamento de que a negativa da cobertura pelo plano de saúde fora abusiva.

Daí o presente recurso especial, em que o hospital/autor pretende o restabelecimento da sentença de procedência da ação de cobrança.

Feito esse breve resumo dos fatos, passo à análise das razões do recurso especial.

## **2. Da violação ao art. 1.022 do CPC/2015**

Da leitura dos fundamentos do acórdão recorrido, percebe-se que todas as alegações suficientes ao deslinde da controvérsia foram devidamente analisadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, não havendo quaisquer omissão ou contradição no *decisum*.

De fato, os fundamentos utilizados no voto vencedor do acórdão recorrido são suficientes para infirmar todos os argumentos da autora, ora recorrente, sobretudo acerca da incidência do art. 884 do Código Civil, bem como em relação à aplicação do princípio do *pacta sunt servanda*.

Dessa forma, afasta-se a apontada negativa de prestação jurisdicional.

## **3. Da divergência jurisprudencial e violação dos arts. 506 do CPC/2015 e 884 do Código Civil**

Conforme relatado, o Tribunal de origem, por maioria de votos, reformou a sentença para julgar improcedente o pedido. Os fundamentos do acórdão recorrido foram assim declinados:

Dessa forma, **está evidente nos autos que o menor entrou no hospital em situação de emergência médica, sendo completamente abusiva a negativa de cobertura por parte do plano de saúde.**

Não é outro o entendimento do Tribunal de Justiça, que inclusive editou súmula sobre o assunto:

(...)

Ademais, ao contrário do que alegado pelo nosocômio autor, **o apelante não deveria ter sido internado como particular.**

**Isso porque, o autor comprovou que mantinha com plano de saúde GreenLine, que somente negou a internação sob fundamento na carência do plano.**



# Superior Tribunal de Justiça

Ademais, o próprio nosocômio autor enviou a Guia de Solicitação de Internação direcionada ao Seguro, no dia da internação do paciente (fls. 33/37), sendo certo, portanto, que o paciente tinha convênio médico válido à época dos fatos.

Dessa forma, **sendo abusiva a recusa na cobertura da internação por parte da seguradora, de rigor a improcedência da ação de cobrança em relação a ré, pois ausente sua responsabilidade patrimonial (haftung) pelo pagamento da dívida.**

Por fim, destaco que, ao contrário do que prolatado na r. sentença, o inquérito civil instaurado para apurar o caso, somente foi arquivado pois foi SOLUCIONADA a questão, isto é, o menor, após ofício da promotoria ao plano de saúde, foi internado e passa bem. Logo, o arquivamento se deu em razão do esgotamento da atuação ministerial, não em relação à “ausência de risco ao menor”.

Posteriormente, por ocasião do julgamento dos embargos de declaração, a Corte Paulista consignou o seguinte:

Trata-se de ação de cobrança movida pela Sociedade Beneficente São Camilo em face de Bruna de Abreu Mazzali, em razão de débitos decorrentes de internação de seu filho de 2 (dois) anos de idade no nosocômio autor.

Em 29.08.2012 a ré, responsável pelo filho menor Enzo Abreu Mazzali Belíssimo, o internou nas dependência e ali permaneceu até 01.09.2012, disso decorrendo despesas que totalizaram R\$ 4.014,64.

Em que pese o documento de fls. 33/37, realmente, indicar o CONTRATO de prestação de serviços e não guia de internação como constou do Acórdão embargado, **é necessário repisar que todo conjunto probatório dos autos confirma que a autora tinha plano de saúde e que lhe fora negado atendimento no momento da internação.**

**Constata-se que a autora tinha plano de saúde em diversos documentos, inclusive, juntados pela autora: (a) documento de fls. 26 e 74 ficha de atendimento e guia de internação com indicação expressa do convênio Greenline; (b) ofício do Ministério Público do Estado de São Paulo requisitando informações do plano de saúde os motivos da negativa de cobertura (fls. 76/77); (c) relatórios médicos indicando expressamente a gravidade do caso do menor e a negativa do plano de saúde em proceder com a cobertura (fls. 110/111).**

**A relação jurídica entre a corré e o plano de saúde Greenline era de conhecimento do hospital autor, de modo que a cobrança deveria ter sido direcionada ao próprio plano de**

**saúde.**

Como visto, o Tribunal de Justiça de São Paulo, sob o fundamento de que a negativa de cobertura do plano de saúde fora abusiva, julgou improcedente a ação, ressaltando que o hospital deveria ter demandado diretamente contra a respectiva operadora (Green Line), e não em desfavor da genitora do paciente.

Esse fundamento, contudo, não pode prosperar.

Revela-se incontroverso nos autos que a recorrida Bruna de Abreu Mazzali contratou os serviços médico-hospitalares da Sociedade Beneficente São Camilo, entidade mantenedora do Hospital São Camilo - Pompéia, em decorrência da internação do seu filho por diagnóstico de meningite, sendo todos os serviços devidamente prestados pelo nosocômio.

Ademais, também não há qualquer dúvida de que a contratante, ora recorrida, sempre soube da negativa de cobertura pela operadora do plano de saúde de seu filho (Green Line), tanto que chegou a acionar a Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude do Foro Regional IV da Lapa (Capital) para tentar resolver o impasse.

Aliás, nesse particular, vale destacar que o Ministério Público em nenhum momento determinou que o plano de saúde do menor cobrisse o tratamento médico solicitado, procedimento que não seria nem sequer possível sem autorização judicial. O que houve foi apenas uma requisição de informações à operadora do plano de saúde Green Line acerca dos motivos pelos quais havia negado o custeio da internação, considerando que se tratava de uma urgência médica, cujo prazo de carência é de, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas, a teor do que dispõe o art. 12, inciso V, alínea c, da Lei 9.656/1998.

O referido procedimento administrativo instaurado junto ao Ministério Público, contudo, não chegou a culminar em uma ação judicial para obrigar a operadora do plano de saúde a custear o tratamento médico requerido, tampouco resultou em algum acordo entre as partes, pois fora arquivado a pedido da própria recorrida, mãe do paciente internado, ao argumento de que a questão havia sido "resolvida administrativamente" (e-STJ, fls. 75-77 e 114/115).

Ocorre que, na verdade, a internação do paciente não foi autorizada pela operadora do plano de saúde Green Line, mas sim, pelo próprio corpo clínico que atendera a criança, em razão da situação de urgência, a qual não comportava uma transferência hospitalar sem arriscar a vida do infante, conforme se constata do seguinte trecho da declaração médica formulada pela Coordenadoria da UTI Pediátrica e Neonatal (e-STJ, fl. 110):

O menor acima citado, previamente hígido deu entrada no Pronto Socorro Infantil deste hospital em 28 de Agosto de 2012 às 22:19h, com quadro clínico de Febre de origem Indeterminada, contemplado pelo protocolo Institucional de Sepsis, caracterizando uma Urgência Médica.

Naquele momento, iniciadas as medidas diagnosticas protocolares para elucidação do quadro infeccioso, detectado em exame de Líquor (29/08 às 09:32h) a presença de Meningite Linfomonocitária (Viral), **em risco iminente de vida, sem condições clinicas de se submeter a uma Transferência Hospitalar, ao contrário, indicou-se a internação imediata em Ala de Pediatria**, ocorrida em 29 de Agosto às 13:45h, para prosseguir no tratamento e investigação clinica.

Neste ponto, **embora a criança estivesse incluída em Convênio Médico, sua internação não foi autorizada.**

Devido ao quadro clínico de início súbito (Febre de Origem Indeterminada Meningite Viral), tipicamente ou paciente agudo, dada sua condição de chegada ao serviço (em Urgência Médica), **as carências e impedimentos burocráticos foram desconsiderados e o paciente foi encaminhado para a internação em Ala de Pediatria.**

Dessa forma, considerando que não houve qualquer vício na prestação do serviço médico-hospitalar contratado pela recorrida, levando-se em conta, ainda, que a operadora do plano de saúde não autorizou, em nenhum momento, a cobertura da internação do paciente, não há como afastar a responsabilidade da ré (contratante) pela dívida contraída junto ao hospital.

Vale destacar, ademais, que no contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares firmado entre as partes contém cláusula expressa estipulando a responsabilidade solidária da contratante e do paciente no caso de recusa do custeio pela operadora do plano de saúde, conforme se verifica das seguintes cláusulas contratuais

(e-STJ, fls. 35-37):

10.2. O CONTRATANTE/RESPONSÁVEL declara assumir neste ato, em caráter principal e solidário com o PACIENTE, a obrigação de pagar toda e qualquer despesa havida com a internação deste, inclusive diárias de internação (apartamento ou enfermaria), de UTI, tratamento médico-hospitalar, materiais, laboratórios, medicamentos e taxas de utilização de sala cirúrgica, gasto com telefonemas interurbanos, internacionais e celulares, exames, diagnósticos e tratamento médico-hospitalares necessários e indispensáveis, materiais e serviços que forem fornecidos por terceiros e que, a critério médico, forem imprescindíveis para o sucesso do tratamento indicado e que sejam eventualmente glosadas ou não pagas pelo convênio.

11. O pagamento das despesas hospitalares seguirá o seguinte roteiro:

(...)

11.3. não sendo apresentada a guia de internação ou, por qualquer outra razão, recusando-se o convênio médico a o fornecê-la, o hospital cobrará o valor integral das despesas do CONTRATANTE/RESPONSÁVEL e do próprio o PACIENTE, solidariamente.

Por fim, impõe-se esclarecer que, ao contrário do que prevaleceu no acórdão recorrido, a suposta abusividade da negativa de cobertura da internação do paciente, considerando que a carência não pode ultrapassar 24 (vinte quatro) horas nos casos de urgência médica, conforme dispõe o art. 12, inciso V, alínea c, da Lei 9.656/1998, é matéria que deverá ser discutida em ação própria a ser ajuizada pelo beneficiário do plano em desfavor da operadora Green Line, valendo ressaltar que não houve nem sequer denúncia da lide no presente caso.

Com efeito, o hospital/autor não tem legitimidade para discutir essa questão, visto que o contrato de plano de saúde produz efeitos exclusivamente sobre a esfera jurídica das partes - beneficiário do plano e operadora -, não prejudicando e nem favorecendo terceiros (*res inter alios acta*), ressaltando-se, mais uma vez, que o contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares foi devidamente cumprido pelo hospital, sem qualquer vício.

Nesse ponto, destaco trecho do voto vencido que bem elucidou a questão:

Ademais, a tese apelativa ligada à impossibilidade legal de a entidade que administra o convênio médico negar cobertura, sob pena de violar disposição expressa do art. 51, IV e § 1º, do Código de Defesa do Consumidor, não alcança o direito de cobrança da entidade autora, na medida em que a relação jurídica mantida entre a ré e a operadora constitui res inter alias acta relativamente à autora.

A propósito, quando a apelante firmou o contrato já acima mencionado, tomou ciência de sua cláusula 11.3, no sentido de que: "não sendo apresentada a guia de internação ou por qualquer outra razão, recusando-se o convênio médico a fornecê-la, o hospital cobrará o valor integral das despesas do CONTRATANTE/RESPONSÁVEL e do próprio PACIENTE, solidariamente." (fls. 37 - grifei).

**Não há, portanto, como livrá-la da obrigação de pagamento, até porque era sabedora de que se cuidava de instituição hospitalar de natureza privada e que a despesa não coberta inevitavelmente seria objeto de cobrança, mormente em razão dos serviços efetivamente prestados, e com sucesso.**

Por essas razões, dou provimento ao recurso especial para restabelecer a sentença de procedência da ação de cobrança.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO  
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2019/0303865-6      **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.594 / SP**

Números Origem: 10006660220158260020 201802747270

PAUTA: 23/02/2021

JULGADO: 23/02/2021

**Relator**

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**

Subprocurador-Geral da República

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

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

**AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
ADVOGADO : EDUARDO AUGUSTO MENDONÇA DE ALMEIDA - SP101180  
RECORRIDO : BRUNA NOVAIS DE ABREU  
ADVOGADO : ROSIMEIRE SANTANA DE ARAUJO CREPALDI - SP262299

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Serviços Hospitalares

**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, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi, Paulo de Tarso Sanseverino (Presidente) e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.