



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1933002 - SP (2021/0112038-5)

RELATOR : **MINISTRO HUMBERTO MARTINS**
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ALINE MARIA DE MOURA MARTINS MOREIRA - PE022039
RODOLPHO MARINHO DE SOUZA FIGUEIREDO - PE031036
MARIA EMILIA GONÇALVES DE RUEDA - PE023748
ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA - PE016983
RECORRIDO : BEATRIZ VIEIRA PEREIRA DA SILVA (MENOR)
REPR. POR : MARCOS ANDRE PEREIRA DA SILVA
ADVOGADOS : VANESSA JARROUGE GORDILHO - SP181274
LUCY HELENA BRIANI CALANDRA - SP085900

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. SÍNDROME DE *DOWN*. COBERTURA DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES. ROL DA ANS.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que manteve a condenação para custear terapias multidisciplinares (fisioterapia neuromotora pelo método Cuevas Medek e fonoaudiologia) prescritas para menor portadora de Síndrome de *Down*.
2. A operadora alegou que os procedimentos não constam no rol de procedimentos obrigatórios da ANS, que o reembolso deve observar os limites contratuais e que há previsão de limitação no número de sessões conforme Resolução Normativa da ANS.
3. O juízo de admissibilidade na origem foi positivo, e o Ministério Público Federal opinou pelo não conhecimento do recurso, destacando que a Resolução Normativa n. 539/2022 da ANS prevê a obrigatoriedade de cobertura de técnicas indicadas pelo médico assistente para transtornos globais do desenvolvimento.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. A questão em discussão consiste em saber se a operadora de plano de saúde pode negar cobertura de terapias multidisciplinares prescritas para tratamento de Síndrome de *Down*, sob o argumento de que os procedimentos não constam no rol da ANS e que há limitação contratual para reembolso.

III. RAZÕES DE DECIDIR

5. O rol de procedimentos da ANS é, em regra, taxativo, mas pode ser mitigado em situações excepcionais, conforme entendimento consolidado pelo STJ nos EREsp 1.889.704/SP e EREsp 1.886.929/SP.

6. A negativa de cobertura de terapias prescritas pelo médico assistente é abusiva, especialmente quando não há substituto terapêutico eficaz e seguro no rol da ANS, conforme jurisprudência do STJ e Súmula 102 do TJSP.

7. A revisão dos limites contratuais e do conjunto probatório para análise da adequação do reembolso é vedada pelas Súmulas 5 e 7 do STJ.

8. A relação entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, que protege o consumidor hipossuficiente e veda cláusulas abusivas que coloquem o paciente em situação de vulnerabilidade.

IV. DISPOSITIVO

Recurso especial não conhecido.

Dispositivos relevantes citados: Lei n. 9.656/1998, arts. 10, § 4º, e 12, VI; CDC, art. 51, IV; CPC/2015, art. 85, § 11.

Jurisprudência relevante citada: STJ, EREsp 1.889.704/SP, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022; STJ, AgInt nos EDcl no REsp 1.979.125/SP, Terceira Turma, julgado em 9/9/2024; TJSP, Súmula 102.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 14/10/2025 a 20/10/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro, Daniela Teixeira e Nancy Andriighi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 21 de outubro de 2025.

Ministro Humberto Martins

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1933002 - SP (2021/0112038-5)

RELATOR : MINISTRO HUMBERTO MARTINS
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : ALINE MARIA DE MOURA MARTINS MOREIRA - PE022039
RODOLPHO MARINHO DE SOUZA FIGUEIREDO - PE031036
MARIA EMILIA GONÇALVES DE RUEDA - PE023748
ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA - PE016983
RECORRIDO : BEATRIZ VIEIRA PEREIRA DA SILVA (MENOR)
REPR. POR : MARCOS ANDRE PEREIRA DA SILVA
ADVOGADOS : VANESSA JARROUGE GORDILHO - SP181274
LUCY HELENA BRIANI CALANDRA - SP085900

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. SÍNDROME DE *DOWN*. COBERTURA DE TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES. ROL DA ANS.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que manteve a condenação para custear terapias multidisciplinares (fisioterapia neuromotora pelo método Cuevas Medek e fonoaudiologia) prescritas para menor portadora de Síndrome de *Down*.
2. A operadora alegou que os procedimentos não constam no rol de procedimentos obrigatórios da ANS, que o reembolso deve observar os limites contratuais e que há previsão de limitação no número de sessões conforme Resolução Normativa da ANS.
3. O juízo de admissibilidade na origem foi positivo, e o Ministério Público Federal opinou pelo não conhecimento do recurso, destacando que a Resolução Normativa n. 539 /2022 da ANS prevê a obrigatoriedade de cobertura de técnicas indicadas pelo médico assistente para transtornos globais do desenvolvimento.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. A questão em discussão consiste em saber se a operadora de plano de saúde pode negar cobertura de terapias multidisciplinares prescritas para tratamento de Síndrome de Down, sob o argumento de que os procedimentos não constam no rol da ANS e que há limitação contratual para reembolso.

III. RAZÕES DE DECIDIR

5. O rol de procedimentos da ANS é, em regra, taxativo, mas pode ser mitigado em situações excepcionais, conforme entendimento consolidado pelo STJ nos EREsp 1.889.704/SP e EREsp 1.886.929/SP.

6. A negativa de cobertura de terapias prescritas pelo médico assistente é abusiva, especialmente quando não há substituto terapêutico eficaz e seguro no rol da ANS, conforme jurisprudência do STJ e Súmula 102 do TJSP.

7. A revisão dos limites contratuais e do conjunto probatório para análise da adequação do reembolso é vedada pelas Súmulas 5 e 7 do STJ.

8. A relação entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, que protege o consumidor hipossuficiente e veda cláusulas abusivas que coloquem o paciente em situação de vulnerabilidade.

IV. DISPOSITIVO

Recurso especial não conhecido.

Dispositivos relevantes citados: Lei n. 9.656/1998, arts. 10, § 4º, e 12, VI; CDC, art. 51, IV; CPC/2015, art. 85, § 11.

Jurisprudência relevante citada: STJ, EREsp 1.889.704/SP, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022; STJ, AgInt nos EDcl no REsp 1.979.125/SP, Terceira Turma, julgado em 9/9/2024; TJSP, Súmula 102.

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS (relator):

Cuida-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A., com fundamento no artigo 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão do TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO assim ementado (fls. 527-541):

PLANO DE SAÚDE. Negativa de cobertura das terapias de que necessita a autora, portadora de “síndrome de

Down”. Recusa à utilização de técnicas diferenciadas de tratamento pelos métodos Cuevas Medek e fonoterapia. Descabimento. Terapias expressamente prescritas pelos médicos que acompanham a autora. Argumento de que os métodos terapêuticos não estão previstos no rol obrigatório da Agência Nacional de Saúde (ANS) não tem o condão de impedir a cobertura pretendida. Demorados trâmites administrativos de classificação não podem deixar o paciente a descoberto, colocando em risco bens existenciais. Ausência de descompasso entre a moléstia e o tratamento proposto. Inteligência da Súmula 102 desta Corte. Vasta jurisprudência deste Tribunal determinando a cobertura do mesmo tratamento prescrito para tratar a doença da autora. Ausência de prova de que a rede credenciada é apta para o tratamento especializado. Cláusula de limitação de reembolso inaplicável. Negativa de reembolso integral de despesas baseada em equação de difícil compreensão e calcada em critérios de custos aferíveis somente pela própria seguradora. Obscuridade de cláusula que impõe o reembolso integral dos valores desembolsados pela beneficiária. Sentença mantida. Recurso não provido.

Rejeitados os embargos de declaração opostos (fls. 576-584), pois não haveria a omissão alegada. Afirmaram que o recorrente pretendia, na verdade, a revisão da decisão.

A parte recorrente alega violação dos artigos 10, § 4º, e 12, VI, da Lei 9.656/1998, bem como do art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Sustenta que o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é taxativo e que a negativa de cobertura estava em conformidade com a legislação e com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no REsp 1.733.013/PR, que reconheceu a taxatividade do rol da ANS (fls. 549-563). Além disso, o reembolso das despesas médicas deveria observar os limites contratuais e os valores praticados pela rede credenciada, conforme o art. 12, VI, da Lei 9.656/1998.

Apresentadas as contrarrazões (fls. 589-613), sobreveio o juízo de admissibilidade **positivo** da instância de origem (fls. 625-627).

Posteriormente, a parte autora comunicou nos autos que houve o cancelamento voluntário do plano de saúde, em razão de dificuldades financeiras (fls. 637-639).

Sobreveio parecer pelo Ministério Público Federal, pelo não conhecimento do recurso. Afirma que a resolução Resolução Normativa n. 539/2022 da ANS prevê que, “para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a executar o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença

ou agravo do paciente", motivo pelo qual é dever do recorrente custear os tratamento. No mais, em relação aos limites de reembolso, seria necessário rever o contrato e as provas dos autos, o que é vedado pelas Súmulas 5 e 7 do STJ (fls. 643-651).

É, no essencial, o relatório.

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS (relator):

Cinge-se a controvérsia a analisar se é cabível a condenação da AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA para custear o tratamento para síndrome de *down*.

Em primeiro grau, a decisão concedeu o pleito nos seguintes termos (fls. 320-321):

[...]

No mérito, o pedido deve ser julgado procedente.

Inicialmente, observo que o feito rege-se pelo Código de Defesa do Consumidor, em se tratando de relação de consumo, vez que o genitor da parte requerente contratou um serviço de assistência médica, o que ocasiona a inversão do ônus da prova a favor do consumidor, nos termos do artigo 6º do mesmo código.

Restou incontroversa a qualidade de beneficiária do seguro de saúde da ré por parte da parte autora, bem como do cumprimento das obrigações contratuais pelo seu genitor assumidas.

Os documentos juntados comprovam o problema de saúde por parte da autora, com a prescrição do tratamento, cujo reembolso foi negado pela ré por parte de sua médica, que não faz parte do quadro de médicos conveniados à ré, ante a ausência de médicos com esta especialidade nos quadros da ré, próximo à residência da autora, o que torna ainda mais incompreensível o questionamento do diagnóstico e do tratamento necessário e prescrito por parte da ré e do reembolso do tratamento, vez que inexistindo profissional nos quadros de profissionais credenciados pela ré, próximo à residência da autora, inexistia outra opção à autora, que não a contratação de profissional particular.

A ré alega que não houve a negativa do tratamento, mas não trouxe documentos que fazem prova de que há rede credenciada, nos exatos termos da prescrição médica, próxima à residência da autora.

O pedido do médico contratado pela autora é bastante claro e permitiria o reembolso do tratamento por parte da ré, não justificando o mesmo a negativa, como pretende a ré, que em sua defesa discorda em relação ao reembolso pretendido.

Inexistindo nos quadros da ré profissional credenciado para o tipo de tratamento de que necessitava a autora, próximo a sua residência, devido o reembolso pelo tratamento.

Em recurso, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo manteve a condenação (fls. 527-541). Transcrevo, abaixo, parte do julgado:

[...]

O recurso não comporta provimento.

Segundo consta dos autos, a demandante, beneficiária de plano de saúde mantido pela ré (fls. 30), é menor impúbere e portadora de “síndrome de Down” (CID10:Q90) (fls. 35/38).

Para seu tratamento, foram-lhe prescritos: a) fisioterapia neuromotora a ser realizada pelo método Medek Cuevas (fls. 39/43) e b) fonoaudiologia (fls. 44/47). Diante da recusa da ré ao custeio e reembolso do tratamento, a requerente ajuizou a presente ação.

[...]

O plano de saúde é obrigado a custear os tratamentos prescritos pelos médicos da autora.

A recusa de cobertura à solicitação médica da autora significa, em última análise, negar cobertura ao tratamento de moléstia amparada pelo contrato.

A exclusão genérica de cobertura contratual viola o Código de Defesa do Consumidor, lei aplicável ao caso dada a relação de consumo existente entre as partes.

Além disso, ainda no regime do direito comum, os princípios maiores da boa-fé objetiva e do equilíbrio contratual afastam as cláusulas excessivamente onerosas, ou das quais não teve exata ciência uma das partes.

[...]

No mais, evidente que não cabe à ré analisar o cabimento das técnicas terapêuticas de que necessita a autora, se prescritas pelo profissional que o acompanha.

Saliente-se que, consagrando tal entendimento, este E. TJSP editou a Súmula n. 102, que dispõe que “havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”.

Cumpre reconhecer, ademais, que admitir a tese da recorrente significaria dizer que em poucos anos dezenas ou centenas de novas técnicas estariam excluídas de cobertura contratual, em manifesto detrimento dos segurados.

Afinal, entre a aceitação de novos procedimentos pela comunidade científica médica e os demorados trâmites administrativos de classificação, não pode o paciente permanecer a descoberto, colocando em risco bens existenciais.

Evidente que não pode um catálogo de natureza administrativa contemplar todos os avanços da ciência, muito menos esgotar todas as moléstias e seus meios curativos usados com base científica. Por isso, a pretendida exclusão do custeio das terapias mencionadas somente poderia ser acolhida se houvesse manifesto descompasso entre a moléstia e a cura proposta, o que não é o caso dos autos, não se tratando, sequer, de tratamentos tidos por experimentais.

Especificamente em relação às terapias debatidas no recurso, são utilizadas comumente para auxiliar no desenvolvimento físico e psicológico de indivíduos portadores de algum tipo de atraso ou déficit de aprendizagem e desenvolvimento, e se mostram especialmente indicadas para casos como o da autora.

A apelada, nascida em 28.09.2018, conta com quase dois anos de idade (fl. 21) e sofre de Síndrome de Down, motivo pelo qual, por orientação médica, necessita de acompanhamento de fisioterapia neuromotora, tendo sido a ela indicados tratamentos pelo método Cuevas Medek e fonoaudiologia.

Certamente a prescrição do médico especialista que assiste a paciente levou em conta a gravidade da moléstia que a aflige e a ineficácia de eventuais outras terapias.

Nem se alegue, portanto, que a demandante deve se valer de outros métodos para chegar ao mesmo resultado, ou que alguns dos métodos que lhe foram prescritos não são tratamentos de saúde.

Parece óbvio que cabe ao médico, e não à operadora de saúde, direcionar e escolher as melhores terapias para a paciente. Ademais, não há manifesto descompasso entre a moléstia e a cura proposta.

No recurso, a AMIL afirma que o procedimento está fora no rol de procedimentos obrigatórios da ANS, além de não haver previsão contratual e, portanto, não é exigível pela parte autora. Além disso, haveria limitação no número de sessões das terapias, conforme os anexos I e II da Resolução Normativa 387.

Embora as razões trazidas no recurso, entendo que não é o caso de acolhimento. Isso porque a Segunda Seção deste Tribunal Superior, ao julgar o EREsp 1.889.704/SP e o EREsp 1.886.929/SP, estabeleceu que o rol da ANS não é taxativo, desde que observado alguns critérios.

Entre as razões da decisão paradigma, estabeleceu-se que: 1 - o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado ao Rol; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extra Rol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

No caso em análise, a prova dos autos indica que as terapias são indispensáveis para o tratamento da patologia do paciente, não tendo sido estabelecida divergência a esse respeito. O que se discutiu foi o alcance da cobertura contratual, não a adequação do tratamento postulado.

Importante destacar que o fato de não estar no rol da ANS não significa a pronta negativa do direito do contratante, pois, sendo o único tratamento adequado, deve ser disponibilizado pela operadora de saúde. Neste ponto, tanto a decisão de primeiro quanto de segundo grau foram enfáticas sobre a adequação do tratamento e rediscutir o tema exige a reanálise de provas, o que é vedado pela Súmula 7 do STJ. Da mesma forma, é inviável rever o contrato firmado entre as partes, conforme vedação da Súmula 5 do STJ.

No que tange ao número de sessões, da mesma forma não há como rever o conjunto probatório. De qualquer forma, tratando-se de uma relação de consumo, na qual o plano assume a obrigação de garantir o atendimento médico ao paciente, deve arcar com os tratamentos, conforme a necessidade. Não cabe, por óbvio, tratar parcialmente o usuário, sob pena de configurar abuso na relação.

Assim, partindo do pressuposto que as terapias são adequadas e necessárias para o tratamento da patologia, a decisão das instâncias ordinárias está de acordo com o entendimento consolidado do STJ, havendo impedimento para conhecer do recurso, consoante a Súmula 83 do STJ.

Nesse sentido, cito:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES PARA TRATAMENTO DE SÍNDROME DE DOWN. HIDROTERAPIA. AUTONOMIA DO MÉDICO ASSISTENTE PARA INDICAR A MELHOR TÉCNICA. DOENÇA COBERTA PELO CONTRATO. CUSTEIO OBRIGATÓRIO.

1. **Compete ao profissional habilitado indicar a opção adequada para o tratamento da doença que acomete seu paciente, não incumbindo à seguradora discutir o procedimento, mas custear as despesas de acordo com a melhor técnica.**

2. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça reconhece a possibilidade de o plano de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de procedimento utilizado para o tratamento de cada uma delas.

3. A Segunda Seção desta Corte superior, apesar de ter formado precedente pelo caráter taxativo do Rol da ANS, manteve o entendimento pela abusividade da recusa de cobertura e da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar para os beneficiários com diagnóstico de transtornos globais do desenvolvimento.

Agravo interno improvido.

(AgInt nos EDcl no REsp n. 1.979.125/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 9/9/2024, DJe de 11/9/2024.) (grifei)

RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. SÍNDROME DE DOWN. TRATAMENTO MÉDICO. MÉTODO TREINE. NEGATIVA DE COBERTURA. CUSTEIO. OBRIGATORIEDADE. ROL DA ANS. NATUREZA. MITIGAÇÃO. HIPÓTESES.

1. A questão controvertida devolvida a este Tribunal Superior é acerca da natureza - exemplificativa ou taxativa - do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, elaborado periodicamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

2. A Segunda Seção desta Corte Superior uniformizou o entendimento de ser o Rol da ANS, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios.

3. A Lei n. 14.454/2022, de aplicabilidade imediata, ao promover alteração na Lei n. 9.656/1998, estabeleceu requisitos para permitir a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estejam incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar.

4. Não constam elementos no acórdão estadual capazes de indicar, nesta instância especial, que o tratamento pleiteado nos autos - Método Treine - enquadra-se nos critérios de superação da taxatividade.

5. Imperativo o retorno dos autos ao Tribunal de origem para que, com base no conjunto fático-probatório, a apelação seja julgada conforme os parâmetros traçados pela jurisprudência do STJ quanto ao tema.

6. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.

Por fim, importante destacar que, conforme já referido nas decisões de primeiro e segundo grau, deve vigor entre as partes as disposições do Código de Defesa do Consumidor, com a devida proteção à parte hipossuficiente, evitando-se a exclusão de cobertura que coloque o paciente em situação de vulnerabilidade.

Ante o exposto, não conheço do recurso especial.

Nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil de 2015, majoro os honorários advocatícios devidos pela parte recorrente para 15% sobre o valor da condenação.

É como penso. É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**REsp 1.933.002 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2021/0112038-5

Número de Origem:
10334111320198260564

Sessão Virtual de 14/10/2025 a 20/10/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

ADVOGADOS : ALINE MARIA DE MOURA MARTINS MOREIRA - PE022039
RODOLPHO MARINHO DE SOUZA FIGUEIREDO - PE031036
MARIA EMILIA GONÇALVES DE RUEDA - PE023748
ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA - PE016983

RECORRIDO : BEATRIZ VIEIRA PEREIRA DA SILVA (MENOR)

REPR. POR : MARCOS ANDRE PEREIRA DA SILVA

ADVOGADOS : VANESSA JARROUGE GORDILHO - SP181274
LUCY HELENA BRIANI CALANDRA - SP085900

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 14/10/2025 a 20/10/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro, Daniela Teixeira e Nancy Andrighi votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 20 de outubro de 2025