



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2529208 - SP
(2023/0448798-4)**

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
AGRAVANTE : A A M I S
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA -
DF017075
PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
JORGE LUIZ REIS FERNANDES - SP220917
ANA GABRIELA MALHEIROS DE OLIVEIRA - SP307616
AGRAVADO : R A D O N
ADVOGADO : LEIDIANE DE MESQUITA - SP453005

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. PLANOS DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022, II, DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. REEMBOLSO DE DESPESAS FORA DA REDE CREDENCIADA. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. CIRCUNSTÂNCIAS FÁTICAS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. AGRADO DESPROVIDO.

1. Inexiste ofensa ao art. 1.022 do CPC quando a corte de origem examina e decide, de modo claro e objetivo, as questões que delimitam a controvérsia, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido.

2. O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde é admitido nos limites das obrigações contratuais e nos casos de urgência ou emergência em que não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras (art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998).

3. Aplica-se a Súmula n. 7 do STJ ao caso em que o acolhimento da tese defendida no recurso especial – não ocorrência de situação de emergência/urgência de tratamento – reclama a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

4. Evidenciadas a urgência do tratamento e a falha na prestação do serviço consistente na omissão da operadora do plano de saúde em indicar estabelecimento, além da indisponibilidade de serviços próprios na rede credenciada, é devido o reembolso integral das despesas feitas pelo segurado.

5. Agravo interno desprovido.

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 20/08/2024 a 26/08/2024, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Raul Araújo.

Brasília, 26 de agosto de 2024.

Ministro João Otávio de Noronha
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2529208 - SP
(2023/0448798-4)**

RELATOR : MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA
AGRAVANTE : A A M I S
ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA -
DF017075
PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
JORGE LUIZ REIS FERNANDES - SP220917
ANA GABRIELA MALHEIROS DE OLIVEIRA - SP307616
AGRAVADO : R A D O N
ADVOGADO : LEIDIANE DE MESQUITA - SP453005

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANOS DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 1.022, II, DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. REEMBOLSO DE DESPESAS FORA DA REDE CREDENCIADA. ART. 12, VI, DA LEI N. 9.656/1998. CIRCUNSTÂNCIAS FÁTICAS. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Inexiste ofensa ao art. 1.022 do CPC quando a corte de origem examina e decide, de modo claro e objetivo, as questões que delimitam a controvérsia, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido.

2. O reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde é admitido nos limites das obrigações contratuais e nos casos de urgência ou emergência em que não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras (art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998).

3. Aplica-se a Súmula n. 7 do STJ ao caso em que o acolhimento da tese defendida no recurso especial – não ocorrência de situação de emergência/urgência de tratamento – reclama a análise dos elementos probatórios produzidos ao longo da demanda.

4. Evidenciadas a urgência do tratamento e a falha na prestação do serviço consistente na omissão da operadora do plano de saúde em indicar estabelecimento, além da indisponibilidade de serviços próprios na rede credenciada, é devido o reembolso integral das despesas feitas pelo segurado.

5. Agravo interno desprovido.

RELATÓRIO

A. A. M. I. S. interpõe agravo interno contra a decisão de fls. 859-860, que não conheceu do agravo em recurso especial ante a incidência da Súmula n. 182 do STJ.

Alega que não é caso de aplicação da Súmula n. 182 do STJ, pois, nas razões do agravo em recurso especial, foram impugnados, de forma pormenorizada, todos os fundamentos da decisão que inadmitira o recurso especial.

Requer seja reconsiderada a decisão agravada ou seja o agravo interno julgado pelo colegiado.

A parte agravada apresentou impugnação às fls. 883-889.

Parecer do Ministério Público Federal às fls. 903-910.

É o relatório.

VOTO

Razão assiste à agravante quanto à não incidência da Súmula n. 182 do STJ, uma vez que a decisão que negou seguimento ao recurso especial utilizou como fundamentos a ausência de afronta ao art. 1.022 do CPC e a outros dispositivos legais, cuja impugnação se mostra suficiente no agravo em recurso especial (fls. 825-827).

Assim, na forma do art. 259, § 6º, do RISTJ, reconsidero a decisão de fls. 859-860 e passo a nova análise das razões recursais.

O recurso especial, fundado no art. 105, III, *a*, da Constituição Federal, foi interposto contra acórdão prolatado pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em apelação nos autos de ação cominatória c/c obrigação de fazer.

O julgado foi assim ementado (fl. 684):

COMINATÓRIA C.C OBRIGAÇÃO DE FAZER Sentença de parcial procedência. Irresignação da requerida. APELAÇÃO. Pretensão do requerida de custear o tratamento no limite do reembolso realizado para clínicas credenciadas. Insistência de que a internação voluntária é requisito essencial para a cobertura do plano de saúde. Mérito. Falha na prestação do serviço. Ausência de clínica credenciada na urgência médica. Sentença que ensejou a condenação da requerida ao custeio integral nos primeiros trinta dias sem clínica não credenciada. Reembolso após tal prazo que fica limitado a 50% dos valores despendidos e aos limites contratuais. Precedentes obrigatórios do C. Superior Tribunal de Justiça. Período posterior aos trinta dias que deverá se regular pela utilização da rede credenciada. Se não indicada pela operadora ou inexistir, o valor a ser pago/ressarcido ao beneficiário será integral. Se o beneficiário escolher tratamento fora da rede credenciada/referenciada, o valor a ser pago/reembolsado deverá observar os limites de cláusulas contratuais, se houver. Se não houver cláusula de reembolso, o pagamento/reembolso ao beneficiário deverá ocorrer de acordo com o valor que a operadora arcaria com os prestadores de serviços de sua rede credenciada. Sentença mantida por suas próprias razões. RECURSO DESPROVIDO com observação.

Nas razões do recurso especial, a parte ora agravante apontou ofensa ao art. 1.022, II, do CPC, alegando omissão no acórdão recorrido, pois, mesmo com a oposição de embargos de declaração, o Tribunal de origem deixou de apreciar a tese referente ao não cabimento de reembolso integral em caso de tratamento em clínica não credenciada.

Afirma que houve ofensa ao art. 12, VI, da Lei n. 9.656/1998, pois foi determinado o custeio integral de despesas com tratamento em local não credenciado pelo plano de saúde.

Argumenta que, apenas em casos excepcionais, o plano de saúde pode ser obrigado a custear tratamento de beneficiário fora da rede credenciada, isto é,

em casos de urgência e emergência em que não for possível a utilização dos serviços próprios contratados, o que não ocorreu na espécie.

Defende que não era hipótese de urgência, não se justificando o reembolso integral de despesas, bem como que havia disponibilizado os serviços credenciados para o tratamento.

Sustenta que não há nulidade na cláusula limitativa e que somente está obrigada a reembolsar o percentual preestabelecido em contrato ou aquele fixado pela tabela de honorários médicos.

Requer seja provido o recurso.

A controvérsia diz respeito a ação em que a parte autora pleiteou a cobertura de tratamento em clínica especializada.

Na sentença, o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pleitos iniciais de custeio integral do tratamento do autor na clínica especializada indicada, pelo prazo de 30 dias, passando a incidir a cláusula de coparticipação, com divisão dos gastos conforme previsto em contrato.

A Corte estadual manteve a sentença por seus próprios fundamentos, concluindo serem devidos o reembolso integral das despesas do primeiros 30 dias de internação e a coparticipação de 50%, de acordo com o contrato.

De início, afasta-se a alegada ofensa ao art. 1.022 do CPC, porquanto a Corte de origem examinou e decidiu, de modo claro e objetivo, as questões que delimitam a controvérsia, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido. O Tribunal *a quo*, no julgamento dos embargos de declaração, assim se manifestou a respeito do reembolso de despesas com a internação (fl. 743):

Conforme se verifica inclusive da ementa do acórdão embargado, o reembolso dos valores despendidos em clínicas fora da rede credenciada deverão observar os precedentes obrigatórios do C. Superior Tribunal de Justiça, que já consideram os limites contratuais, cuja legalidade frente a Lei nº 9596/98 não foi questionada.

Saliente-se que a causa de decidir da apelação engloba a integralidade da lei em referência, assim como os mais recentes entendimentos jurisprudenciais, não havendo qualquer omissão pelo simples fato de não ter citado expressamente determinados artigos.

Oportuno destacar que o órgão colegiado não está obrigado a repelir todas as alegações expendidas no recurso, pois basta que se atenha aos pontos relevantes e necessários ao deslinde do litígio e adote fundamentos que se mostrem cabíveis à prolação do julgado, ainda que, relativamente às conclusões, não haja a concordância das partes.

A respeito da condenação ao reembolso integral do valor correspondente aos 30 dias iniciais da internação compulsória, o Tribunal de origem manteve integralmente a sentença, decidindo nos seguintes termos (fls. 689- 690):

De se salientar que nas razões recursais, o Apelante insiste nos argumentos já rechaçados em sentença, não tendo apresentado qualquer alegação que rebata o entendimento exarado pelo juízo de origem.

Conforme reconhecido na sentença, a falha na prestação do serviço pela requerida, consubstanciado na inércia em indicar clínica credenciada para atender as necessidades do autor, gerou o dever de custeio integral da internação, nos primeiros trinta dias, conforme precedentes de repetição obrigatória do C. Superior Tribunal de Justiça.

[...]

Assim, somente caberia a apelante a prova de que não só dispõe de clínica credenciada para atendimento da enfermidade do autor, como lhe comunicou tempestivamente para que pudesse vir a ser internado no momento do agravamento de sua crise de dependência.

Contudo, nada produziu, não tendo até o momento indicado clínica para sua transferência.

Na sentença, o Juízo de primeiro grau assim dispôs (fl. 503):

Se há urgência, o dever de cobertura é inconteste, cabendo à ré cobrir o sinistro e fornecer todos os meios que a autora necessita, aplicando-se o art. 35-F da lei 9656/98.

[...]

Incrível a alegação da ré que tem internação para o caso se ela mesma afirma que não há para internação involuntária, mas somente para internação voluntária.

Desse modo, a ré é confessa que não possui atendimento para o caso do autor, que é grave e necessita de internação involuntária.

Como visto, o acórdão recorrido, ao manter a condenação do plano de

saúde ao reembolso integral das despesas relativas aos primeiros 30 dias de tratamento, amparou-se nas razões seguintes: urgência do atendimento da parte autora; indisponibilidade de cobertura para internação involuntária; falha na prestação de serviços por parte da operadora do plano de saúde, pela sua inércia na indicação de clínica conveniada para o tratamento; não comprovação de disponibilidade de clínica credenciada para o atendimento e falta de comunicação tempestiva ao autor para que esse viesse a ser internado no momento do agravamento da crise; e não indicação de clínica para sua transferência.

Nesse contexto, rever as conclusões das instâncias de origem a respeito da gravidade do quadro, da urgência do tratamento, da não indicação de clínica credenciada de forma tempestiva e da indisponibilidade de rede credenciada para o atendimento demandaria o reexame de provas, o que é incabível ante o óbice da Súmula n. 7 do STJ.

Além disso, a orientação desta Corte é que, "nos termos do artigo 12, inciso VI, da Lei 9.656/98, o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde somente é admitido em casos excepcionais (situação de urgência ou emergência, inexistência de estabelecimento credenciado no local e/ou impossibilidade de utilização dos serviços próprios da operadora em razão de recusa injustificada, entre outros), e nos limites da relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto" (AgInt no AREsp n. 1.934.900/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 3/10/2022, DJe de 7/10/2022).

No caso dos autos, a circunstância peculiar e excepcional apontada pelas instâncias originárias de falha na prestação de serviços pela omissão da operadora

do plano de saúde em indicar tratamento na rede credenciada, em caráter de urgência, e a ausência de clínica/profissional para a realização ensejaram a condenação ao reembolso integral das despesas realizadas nos primeiros 30 dias.

Em situações semelhantes às dos autos, o STJ já decidiu que a omissão da operadora do plano de saúde em indicar rede credenciada e a ausência de clínica/profissional para realização do tratamento ensejam o reembolso integral das despesas realizadas. Nesse sentido:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 282/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. COBERTURA INTEGRAL DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO INCLUINDO INTERNAÇÃO. INÉRCIA DA OPERADORA EM INDICAR O PROFISSIONAL ASSISTENTE. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA ÀS CUSTAS DO USUÁRIO. COPARTICIPAÇÃO INDEVIDA. REEMBOLSO INTEGRAL. CUMPRIMENTO DA ORDEM JUDICIAL. IMPOSIÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE PAGAR. AFASTAMENTO DA MULTA ARBITRADA.

1. Ação declaratória de obrigação de fazer ajuizada em 24/08/2021, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 22/03/2022 e concluso ao gabinete em 19/10/2022.

2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a validade da cláusula de coparticipação do beneficiário após o 30º dia de internação psiquiátrica fora da rede credenciada; (iii) a obrigação da operadora de reembolsar integralmente as despesas com internação psiquiátrica fora da rede credenciada; e (iv) a validade e a proporcionalidade das astreintes fixadas.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial (súm. 282/STF).

4. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15.

5. Diferentemente da hipótese do Tema 1.032/STJ, não há falar em coparticipação quando é o próprio usuário quem está arcando com as despesas de internação psiquiátrica fora da rede credenciada, ante a inércia da operadora em indicar o profissional assistente.

6. A partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e das normas editadas pela ANS, e considerando o cenário dos autos - sinalizando a omissão da operadora na indicação de prestador da rede credenciada -, faz jus o beneficiário ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, sob pena, inclusive, de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.

7. Hipótese em que, seja pelo cumprimento da obrigação de fazer pela operadora, seja pelo deferimento do pagamento de reembolso integral (obrigação de pagar), deve ser afastada a multa arbitrada.

10. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, parcialmente provido. (REsp n. 2.031.301/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 7/11/2023, DJe de 14/11/2023.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. CUSTEIO. REDE NÃO CREDENCIADA. NEGATIVA. CÓDIGO DO CONSUMIDOR. FUNDAMENTO. IMPUGNAÇÃO. AUSÊNCIA. RAZÕES DISSOCIADAS. SÚMULAS Nº 283 E 284/STF.

1. A subsistência de fundamento não atacado apto a manter a conclusão do aresto impugnado impõe o não conhecimento da pretensão recursal. Súmula nº 283/STF.

2. Encontrando-se as razões recursais dissociadas dos fundamentos do julgado atacado, é de se aplicar, por analogia, o óbice previsto na Súmula nº 284 do Supremo Tribunal Federal.

3. Em caso de omissão da operadora na indicação de prestador da rede credenciada apto a realizar o atendimento do beneficiário, este faz jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, inclusive sob pena de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.

Precedentes.

4. Na hipótese, rever a conclusão do tribunal de origem, que entendeu que a ré não se desincumbiu de encargo de provar que possui profissional credenciado e com a habilitação necessária para oferecer o mesmo tipo de tratamento prescrito ao autor, demandaria o reexame das circunstâncias fáticas, providência inviável nos termos da Súmula nº 7/STJ.

5. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 2.285.682/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 2/10/2023, DJe de 6/10/2023.)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. ILEGALIDADE. SERVIÇO INEXISTENTE NA REDE CONVENIADA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. POSSIBILIDADE. DANO MORAL. VALOR. REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. Inexiste afronta ao art. 1.022 do CPC/2015 quando a Corte local pronunciou-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo.

2. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp 1.459.849/ES, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Segunda Seção, julgado em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020).

3. Na presente controvérsia, existe a peculiaridade, destacada no acórdão recorrido, de o tratamento pleiteado não ser ofertado pelo plano de saúde em sua rede credenciada, "razão pela qual não há como se falar em aplicação da tabela da operadora do plano de saúde para atendimentos semelhantes, devendo o reembolso ser realizado de forma integral" (AgInt no AgInt nos EDcl no AREsp 1.704.048/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 24/8/2021, DJe 1º/9/2021).

4. Consoante entendimento do STJ, "a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário" (AgInt nos EDcl no REsp 1.963.420/SP, Relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado 14/2/2022, DJe de

21/2/2022).

5. Apenas em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado na origem, a jurisprudência desta Corte permite o afastamento da Súmula n. 7/STJ, para possibilitar a revisão. No caso, o montante estabelecido pelo Tribunal de origem não se mostra excessivo, a justificar sua reavaliação em recurso especial.

6. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 2.274.596/RJ, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 28/8/2023, DJe de 31/8/2023.)

Assim, a conclusão do Tribunal de origem está em sintonia com o entendimento do STJ.

A propósito, vejam-se também as seguintes decisões monocráticas: REsp n. 2.129.501/SP, Ministra Maria Isabel Gallotti, DJe de 21/6/2024; AREsp n. 2.577.015/SP, Ministro Marco Buzzi, DJe de 29/5/2024; AgInt no AREsp n. 2.507.900/PE, Ministra Nancy Andrichi, DJe de 24/5/2024; AREsp n. 2.612.345/CE, Ministro Marco Buzzi, DJe de 1º/7/2024; AREsp n. 2.595.215/SP, Ministro Marco Buzzi, DJe de 28/6/2024.

Ante o exposto, **nego provimento ao agravo interno.**

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AgInt no AREsp 2.529.208 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2023/0448798-4

Número de Origem:

00066319320228260161 0006631932022826016110059596820228260161 10059596820228260161

Sessão Virtual de 20/08/2024 a 26/08/2024

SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator do AgInt

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : A A M I S

ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075

PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477

JORGE LUIZ REIS FERNANDES - SP220917

ANA GABRIELA MALHEIROS DE OLIVEIRA - SP307616

AGRAVADO : R A DO N

ADVOGADO : LEIDIANE DE MESQUITA - SP453005

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

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : A A M I S

ADVOGADOS : ROBERTA DE ALENCAR LAMEIRO DA COSTA - DF017075

PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477

JORGE LUIZ REIS FERNANDES - SP220917

ANA GABRIELA MALHEIROS DE OLIVEIRA - SP307616

AGRAVADO : R A DO N

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em sessão virtual de 20/08/2024 a 26/08/2024, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Raul Araújo.

Brasília, 26 de agosto de 2024