



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2937629 - SP(2025/0174335-1)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : OESTE SAUDE ASSISTENCIA A SAUDE SUPLEMENTAR S.A
ADVOGADO : THEODORO LUIZ LIBERATI SILINGOVSKI - SP358566
AGRAVADO : L V DOS S (MENOR)
REPR. POR : J V DA S
ADVOGADO : PAULO DE ALBUQUERQUE COELHO - SP175362

EMENTA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. MENOR COM SÍNDROME DE DOWN. CIRURGIA DE RETIRADA DA VESÍCULA. VIDEOLAPAROSCOPIA. TÉCNICA MENOS INVASIVA. RECOMENDAÇÃO MÉDICA. RECUSA DE COBERTURA. ÍNDOLE ABUSIVA. TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. INEXISTÊNCIA DE SERVIÇO NA LOCALIDADE. REEMBOLSO INTEGRAL. ACÓRDÃO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

1. O Tribunal de origem, com base no acervo fático-probatório, reconheceu a índole abusiva da recusa da operadora em custear a cirurgia por videolaparoscopia, destacando que a técnica foi expressamente recomendada pelo médico assistente por ser a mais adequada à condição da paciente (criança com Síndrome de Down e hiperatividade), sendo abusiva a cláusula que exclui o custeio dos meios necessários ao melhor desempenho do tratamento de doença coberta.

2. O acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte Superior, no sentido de que, havendo cobertura para a doença, é vedado à operadora limitar a escolha da técnica ou dos materiais considerados mais adequados pelo médico assistente para o tratamento do paciente. Ademais, comprovada a inexistência de prestador apto na rede credenciada local, a operadora deve custear integralmente o tratamento em rede particular. Incidência da Súmula 83/STJ.

3. A Súmula 83 do STJ, consoante entendimento firmado nesta Corte Superior, é aplicável aos recursos especiais interpostos com base tanto na alínea "a" quanto na alínea "c" do permissivo constitucional, visto que a divergência nela referida relaciona-se com a interpretação da norma infraconstitucional.

4. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

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 24/02/2026 a 02/03/2026, por unanimidade, negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.
Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 09 de março de 2026.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2937629 - SP(2025/0174335-1)

RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO
AGRAVANTE : OESTE SAUDE ASSISTENCIA A SAUDE SUPLEMENTAR S.A
ADVOGADO : THEODORO LUIZ LIBERATI SILINGOVSKI - SP358566
AGRAVADO : L V DOS S (MENOR)
REPR. POR : J V DA S
ADVOGADO : PAULO DE ALBUQUERQUE COELHO - SP175362

EMENTA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. MENOR COM SÍNDROME DE DOWN. CIRURGIA DE RETIRADA DA VESÍCULA. VIDEOLAPAROSCOPIA. TÉCNICA MENOS INVASIVA. RECOMENDAÇÃO MÉDICA. RECUSA DE COBERTURA. ÍNDOLE ABUSIVA. TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. INEXISTÊNCIA DE SERVIÇO NA LOCALIDADE. REEMBOLSO INTEGRAL. ACÓRDÃO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

1. O Tribunal de origem, com base no acervo fático-probatório, reconheceu a índole abusiva da recusa da operadora em custear a cirurgia por videolaparoscopia, destacando que a técnica foi expressamente recomendada pelo médico assistente por ser a mais adequada à condição da paciente (criança com Síndrome de Down e hiperatividade), sendo abusiva a cláusula que exclui o custeio dos meios necessários ao melhor desempenho do tratamento de doença coberta.

2. O acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte Superior, no sentido de que, havendo cobertura para a doença, é vedado à operadora limitar a escolha da técnica ou dos materiais considerados mais adequados pelo médico assistente para o tratamento do paciente. Ademais, comprovada a inexistência de prestador apto na rede credenciada local, a operadora deve custear integralmente o tratamento em rede particular. Incidência da Súmula 83/STJ.

3. A Súmula 83 do STJ, consoante entendimento firmado nesta Corte Superior, é aplicável aos recursos especiais interpostos com base tanto na alínea "a" quanto na alínea "c" do permissivo constitucional, visto que a divergência nela referida relaciona-se com a interpretação da norma infraconstitucional.

4. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo de decisão que inadmitiu recurso especial interposto por OESTE SAÚDE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR S.A., fundado no art. 105, III, "c", da Constituição Federal, contra v. acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo, assim ementado:

"Plano de saúde. Obrigação de fazer. Negativa de cobertura de colecistectomia por videolaparoscopia. Criança com síndrome de Down e de tenra idade. Circunstâncias do caso concreto que justificam a cobertura integral para a cirurgia pelo método mais moderno, embora o contrato só preveja cobertura para a cirurgia pelo método tradicional. Maior custo da cirurgia por videolaparoscopia compensado pela recuperação mais célere do paciente, o que demanda menor tempo de recuperação e realização de eventuais procedimentos reparadores. Equilíbrio econômico-financeiro do contrato respeitado. Manutenção da sentença. Recurso desprovido."

Os embargos de declaração foram rejeitados.

Em suas razões recursais, a recorrente alega violação aos arts. 373, inciso I, do Código de Processo Civil, e 12, inciso VI, da Lei 9.656/1998.

Sustenta que:

i) há ausência de prescrição específica do médico assistente para a técnica por videolaparoscopia e insuficiência probatória mínima do fato constitutivo, pois a indicação teria decorrido de preferência da genitora e de laudos de profissional não médico do caso, o que afastaria o dever de cobertura integral.

ii) há obrigação de limitar o custeio/reembolso aos valores da tabela contratual quando o atendimento ocorre fora da rede ou da área de abrangência, inexistindo dever de pagamento integral, especialmente porque o procedimento teria sido realizado fora da rede por escolha da família e sem urgência ou emergência, devendo prevalecer o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

iii) há divergência jurisprudencial entre o acórdão recorrido e precedente de tribunal estadual quanto ao ônus da prova e à necessidade de prescrição pelo médico assistente para justificar a técnica pretendida, o que exigiria a uniformização da interpretação.

Contrarrazões às fls. 265-269.

É o relatório.

VOTO

O recurso não merece prosperar.

Na espécie, não se verifica violação ao artigo 373, inciso I, do Código de Processo Civil, tendo em vista que o Tribunal estadual deixou expresso que a solicitação do procedimento médico não decorreu de mera conveniência da mãe da paciente, mas sim de recomendação médica confirmando que a videolaparoscopia é o método mais adequado para a criança, em razão de ela apresentar hiperatividade de difícil controle e síndrome de Down, senão vejamos (fls. 202-203):

"A autora, criança de apenas 4 anos e portadora de síndrome de Down, necessita de uma cirurgia para retirada de vesícula, sendo recomendada por profissional especializado a realização do procedimento por videolaparoscopia.

A requerida tem o dever de autorizar o procedimento solicitado, pois o documento médico (fl. 26) emitido por especialista em pediatria e neonatologia confirma que a videolaparoscopia é o método mais adequado para a criança, em razão de ela apresentar hiperatividade de difícil controle e síndrome de Down.

Além disso, laudo fisioterapêutico (fl. 25) corrobora a indicação da cirurgia por videolaparoscopia, mencionado como o procedimento recomendado para crianças com Trissomia 21 devido à sua segurança e menor período de internação, sendo superior ao método convencional.

Assim, em que pese o contrato somente conferir cobertura para a cirurgia aberta, as circunstâncias do caso concreto obrigam a recorrente a conferir cobertura para a realização da cirurgia pelo método prescrito pelo médico assistente, pois, além de ser um método menos invasivo, torna desnecessária a realização de outros procedimentos complementares, notadamente de natureza corretiva, além de diminuir o tempo de internação e propiciar recuperação mais célere, de sorte que o maior custo demandado pela videolaparoscopia é compensando com outros custos que seriam ocasionados pela cirurgia tradicional, respeitando-se, assim, o princípio do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

A decisão de origem está em consonância com o entendimento deste Superior Tribunal de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui o custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento de doença coberta pelo plano e indicada pelo médico.

Nessa linha, o seguinte precedente:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA REQUERIDA.

1. A Corte de origem dirimiu a matéria submetida à sua apreciação, manifestando-se expressamente acerca dos temas necessários à integral solução da lide, de modo que, ausente qualquer omissão, contradição ou obscuridade no aresto recorrido, não se verifica a ofensa ao artigo 1.022do CPC/15.

2. Nos termos da jurisprudência desta Corte, revela-se abusivo o preceito excludente do custeio, pelo plano de saúde, dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico ou de internação hospitalar relativos a doença coberta. 2.1. Igualmente abusiva a exclusão do custeio do tratamento consistente no uso off label de medicamento, o qual era imprescindível à conservação da vida e saúde do beneficiário. Incidência da Súmula 83 do STJ.

3. Agravo interno desprovido."

(AgInt no AREsp 1524295/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 16/12/2019, D Je 19/12/2019).

No caso, as instâncias ordinárias entenderam pelo dever de cobertura, pelo plano de saúde, do tratamento indicado pelo médico que assiste a beneficiária, determinando, ao final, que a operadora recorrente procedesse ao reembolso integral das despesas despendidas pela beneficiária em rede particular.

O entendimento adotado pelo Tribunal *a quo* se encontra em consonância com a jurisprudência do STJ.

Da mesma forma, não houve afronta ao art. 12, inciso VI, da Lei 9.656/1998, uma vez que, conforme relatado pela sentença, a não realização do procedimento no município de Presidente Prudente decorreu do fato de que o hospital conveniado não dispunha do equipamento para a realização da cirurgia demandada.

É entendimento desta Corte Superior que, "no caso de tratamento de cobertura obrigatória, em que não sejam ofertados serviços médicos próprios ou credenciados na localidade, a operadora do plano de saúde é responsável pelo custeio ou reembolso integral das despesas médicas realizadas pelo beneficiário" (EDcl no AgInt no REsp 2.062.903/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 30/10/2023, DJe de 9/11/2023). Também nesse sentido:

"DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE DESPESAS COM TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. LIMITAÇÃO AOS VALORES PREVISTOS NA TABELA DO PLANO. FUNDAMENTAÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA NÃO INFIRMADA. INCIDÊNCIA DO PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE RECURSAL. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo interno interposto contra decisão monocrática que deu parcial provimento a recurso especial para limitar o reembolso de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada aos valores constantes da tabela do plano de saúde. O Tribunal de origem havia reconhecido o direito ao reembolso integral em razão da inexistência de prestadores habilitados na rede assistencial conveniada.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é cabível o reembolso integral das despesas médicas realizadas fora da rede credenciada quando não há prestador habilitado próximo à residência do beneficiário; e (ii) estabelecer se a fundamentação do agravo interno impugnou adequadamente os fundamentos da decisão monocrática.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário fora da rede credenciada somente é admitido em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de prestadores na rede conveniada e a urgência ou emergência do procedimento, sendo, contudo, limitado aos valores previstos na tabela do plano de saúde, conforme jurisprudência consolidada do STJ.

4. O Tribunal de origem reconheceu a inexistência de prestadores habilitados na rede credenciada e determinou o reembolso integral das despesas, decisão que diverge da jurisprudência do STJ, que prevê a limitação do reembolso aos valores da tabela contratada.

5. O princípio da dialeticidade recursal impõe ao agravante o dever de impugnar especificamente os fundamentos da decisão agravada. No caso, as razões do agravo interno não demonstraram a inaplicabilidade dos precedentes citados, tampouco infirmaram de maneira específica e suficiente os fundamentos jurídicos da decisão monocrática, o que inviabiliza a reforma do julgado

IV. DISPOSITIVO E TESE

6. Agravo interno improvido."

(AgInt no REsp n. 2.153.010/SP, relatora Ministra **DANIELA TEIXEIRA**, Terceira Turma, julgado em 14/4/2025, DJEN de 23/4/2025, g.n.)

"AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. ADMISSIBILIDADE. JUÍZO PRELIMINAR POSITIVO. POSSIBILIDADE DE REVISÃO PELO RELATOR. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS. ART. 12, VI, LEI 9.656/1998. AUSÊNCIA DE SIMILITUDE FÁTICA COM SOLUÇÕES JURÍDICAS DISTINTAS ENTRE OS ACÓRDÃOS CONFRONTADOS. INEXISTÊNCIA DE DIVERGÊNCIA. SÚMULA 168/STJ. INDEFERIMENTO. MANUTENÇÃO DA DECISÃO AGRAVADA. RECURSO DESPROVIDO.

1. A 'admissão dos embargos de divergência constitui juízo preliminar positivo, mas não definitivo, sobre a viabilidade do recurso e abre ensanchas à manifestação da parte embargada, em prol da garantia de ampla defesa e

do devido processo legal, não tendo, por óbvio, o condão de obrigar o relator a um futuro exame do mérito recursal mesmo em face de questões impeditivas do conhecimento, não detectadas por ocasião da análise perfunctória inicial' (AgRg nos EREsp n. 479.009/MG, relator Ministro Francisco Falcão, Primeira Seção, julgado em 28/5/2008, DJe de 23/6/2008 - sem grifo no original).

2. O exame do recurso pressupõe a comprovação do dissídio jurisprudencial, por meio da realização de cotejo analítico entre os acórdãos confrontados, devendo a parte embargante demonstrar a identidade de situações fáticas com soluções jurídicas diversas, requisitos não demonstrados no caso concreto.

3. No caso, o acórdão paradigma está embasado na jurisprudência desta Corte segundo a qual 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/PR). A distinção com o precedente da Segunda Sessão, naquela hipótese, decorreu da inexecução do contrato.

4. O aresto embargado, do mesmo modo, considerou que o reembolso das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde somente é admitido nas referidas hipóteses 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). Todavia, no presente caso, os julgadores entenderam que o reembolso das despesas médicas deveria ser parcial, nos limites dos preços da tabela da prestadora de assistência à saúde, pois seria possível a utilização dos serviços do próprio plano.

5. Não há, portanto, similitude fática entre os acórdãos confrontados, incidindo, ademais, a Súmula 168 do STJ, in verbis: 'Não cabem embargos de divergência, quando a jurisprudência do Tribunal se firmou no mesmo sentido do acórdão embargado.'

6. Agravo interno desprovido."

(AgInt nos EREsp n. 2.037.124/SP, relator Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**, Segunda Seção, julgado em 20/8/2024, DJe de 22/8/2024, g.n.)

"CONSUMIDOR. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OFENSA AO ART. 1.022 DO CPC/2015. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. CIRURGIA FETAL E PARTO. AUSÊNCIA DE ATENDIMENTO NA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO INTEGRAL DE DESPESAS. SÚMULA 83/STJ. ASTREINTES. REVISÃO. INVIABILIDADE. EXORBITÂNCIA NÃO CONFIGURADA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não há que se falar em ofensa ao art. 1.022 do CPC/2015, uma vez que o acórdão recorrido adotou fundamentação suficiente decidindo integralmente a controvérsia. É indevido conjecturar-se a existência de omissão, obscuridade ou contradição no julgado apenas porque decidido em desconformidade com os interesses da parte.

2. É entendimento desta Corte Superior que, 'No caso de tratamento de cobertura obrigatória, em que não sejam ofertados serviços médicos próprios ou credenciados na localidade, a operadora do plano de saúde é responsável pelo custeio ou reembolso integral das despesas médicas realizadas pelo beneficiário' (EDcl no AgInt no REsp 2.062.903/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 30/10/2023, DJe de 9/11/2023). Incidência da Súmula 83/STJ.

3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é assente no sentido de que o valor atribuído às astreintes ou acumulado sob o mesmo título pode ser revisto quando verificada exorbitância em relação à obrigação principal, em flagrante ofensa aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

4. A doença que acometeu o bebê no ventre materno - mielomeningocele associada a ventriculomegalia - constitui malformação congênita que pode ocasionar consequências nefastas para a saúde da criança, tais como

malformação de Arnold-Chiari II (deslocamento do cerebelo para o canal medular), hidrocefalia, paralisia de membros inferiores, atraso no desenvolvimento neurológico, incontinência urinária e fecal. Desse modo, a cirurgia no feto, para ampliar-se o espectro da reversão, deve ser realizada em caráter emergencial, no máximo até a 26ª semana de gestação.

5. Hipótese, portanto, em que a multa por descumprimento da obrigação de fazer foi fixada em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por dia, valor que não se mostra desproporcional ou exorbitante no caso, em face do bem da vida protegido - assegurar a saúde integral da criança.

6. Agravo interno desprovido."

(AgInt no REsp n. 1.877.165/SP, relator Ministro **RAUL ARAÚJO**, Quarta Turma, julgado em 24/6/2024, DJe de 27/6/2024, g.n.)

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. INOVAÇÃO RECURSAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO.

1. É defeso à Corte examinar em sede de agravo interno, argumentos não suscitados oportunamente pelas partes nas razões do recurso especial, dada a inovação recursal e a preclusão consumativa.

2. O plano de saúde é obrigado a reembolsar despesas efetuadas com tratamento realizado fora da rede credenciada, quando não houver profissional ou estabelecimento credenciado no local, observado o limite previsto contratualmente.

3. Agravo Improvido."

(AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.919.249/SP, relator Ministro **JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**, Quarta Turma, julgado em 24/6/2024, DJe de 27/6/2024, g.n.)

Verifica-se, portanto, que nos casos de tratamento de cobertura obrigatória, a operadora do plano de saúde é responsável pelo custeio ou reembolso integral das despesas médicas realizadas pelo beneficiário quando não sejam ofertados serviços próprios ou credenciados na localidade.

Assim, estando o acórdão recorrido em harmonia com a jurisprudência desta Corte, é inafastável a aplicação da Súmula 83/STJ à hipótese.

Por fim, tem-se que o conhecimento do apelo nobre pela alínea "c" do permissivo constitucional restou prejudicado, pois, conforme entendimento desta Corte, a Súmula n. 83 do STJ aplica-se aos recursos especiais interpostos com fundamento tanto na alínea "a" quanto pela alínea "c" do permissivo constitucional. Nessa linha de entendimento, confirmam-se os seguintes precedentes:

"PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. CONTRATO DE ABERTURA DE CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE. APLICAÇÃO DAS NORMAS RELATIVAS AO CRÉDITO RURAL. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS E INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS. INADMISSIBILIDADE. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. SÚMULA N. 83/STJ. ALÍNEA "A" DO PERMISSIVO CONSTITUCIONAL. APLICABILIDADE. DECISÃO MANTIDA.

(...)

3. Conforme o entendimento desta Corte, a Súmula n. 83 do STJ aplica-se a recursos especiais interpostos com fundamento tanto na alínea "c" quanto na alínea "a" do permissivo constitucional.

4. Agravo interno a que se nega provimento."

(AgInt no AREsp 1301639/MG, Rel. Ministro **ANTONIO CARLOS FERREIRA**, QUARTA TURMA, julgado em 04/10/2018, DJe 15/10/2018 - grifou-se)

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE TRATAMENTO. PERÍODO DE CARÊNCIA. URGÊNCIA. ÍNDOLE ABUSIVA. DOENÇA PREEEXISTENTE. AUSÊNCIA DE EXAMES CLÍNICOS. SÚMULA 7/STJ. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO, AINDA QUE IMPLÍCITO. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

(...)

5. A Súmula 83 do STJ, consoante entendimento firmado nesta Corte Superior, é aplicável aos recursos especiais interpostos com base tanto na alínea "a" quanto na alínea "c" do permissivo constitucional, visto que a divergência nela referida relaciona-se com a interpretação da norma infraconstitucional.

6. Agravo interno não provido."

(AgInt no AREsp 964.858/SP, Rel. Ministro **LÁZARO GUIMARÃES** (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 14/08/2018, DJe 23/08/2018 - grifou-se)

Ante o exposto, conheço do agravo para negar provimento ao recurso especial.

Se houver nos autos a prévia fixação de honorários advocatícios pelas instâncias de origem, determino a sua majoração, em desfavor das partes recorrentes, no importe de 10% (dez por cento) sobre o valor já arbitrado, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, observados, se aplicáveis, os limites percentuais previstos nos §§ 2º e 3º do referido dispositivo legal, bem como eventual concessão da gratuidade da justiça.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

AREsp 2.937.629 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2025/0174335-1

Número de Origem:
10001183220238260493

Sessão Virtual de 24/02/2026 a 02/03/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro RAUL ARAÚJO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA

Secretário

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : OESTE SAUDE ASSISTENCIA A SAUDE SUPLEMENTAR S.A

ADVOGADO : THEODORO LUIZ LIBERATI SILINGOVSKI - SP358566

AGRAVADO : L V DOS S (MENOR)

REPR. POR : J V DA S

ADVOGADO : PAULO DE ALBUQUERQUE COELHO - SP175362

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

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 24/02/2026 a 02/03/2026, por unanimidade, decidiu negar provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Luís Carlos Gambogi (Desembargador Convocado do TJMG) e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha. Licenciado o Sr. Ministro Marco Buzzi.

Brasília, 02 de março de 2026