



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2384610 - SP (2023/0197650-6)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO
ADVOGADOS : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS - SP141750
GUSTAVO BEZERRA - SP362860
BRUNA LEVENSTEIN HYPOLITO - SP422453
AGRAVADO : MARCELO VILARES PINTO
ADVOGADO : PAULO ERNESTO RAHAL GIANINI - SP222035

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. ÍNDOLE ABUSIVA. LEGITIMIDADE ATIVA. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo interposto contra decisão que inadmitiu recurso especial, no qual se discute a negativa de cobertura de sessões de hemodiálise prescritas por médico assistente, sob alegação de exclusão contratual em contrato de plano de saúde firmado antes da vigência da Lei 9.656/98.

2. O Tribunal de Justiça de São Paulo reconheceu a índole abusiva da negativa de cobertura, aplicando o Código de Defesa do Consumidor e condenando a operadora ao pagamento das despesas hospitalares no valor de R\$ 10.429,21, com correção monetária e juros de mora ajustados.

3. A recorrente alegou violação de dispositivos legais e constitucionais, sustentando a legitimidade das cláusulas contratuais limitativas, a ilegitimidade ativa do autor e a impossibilidade de adaptação compulsória do contrato antigo às disposições da Lei 9.656/98.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. A questão em discussão consiste em saber se a negativa de cobertura de sessões de hemodiálise prescritas por médico assistente, em contrato de plano de saúde firmado antes da vigência da Lei 9.656/98, configura índole abusiva, à luz do Código de Defesa do Consumidor.

5. Outra questão em discussão é a legitimidade ativa do autor para pleitear o ressarcimento das despesas hospitalares, considerando que foi a pessoa cobrada pelos custos do tratamento.

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. A jurisprudência consolidada do STJ admite a aplicação do Código de Defesa do Consumidor para aferir a natureza abusiva de cláusulas restritivas em contratos de plano de saúde firmados antes da vigência da Lei 9.656/98, mesmo que não adaptados.

7. A negativa de cobertura de sessões de hemodiálise prescritas por médico assistente, sem indicação de alternativas de tratamento, configura índole abusiva, pois ameaça o objeto do contrato e coloca o consumidor em situação de extrema desvantagem.

8. O autor possui legitimidade ativa para pleitear o ressarcimento das despesas hospitalares, por ter sido a pessoa cobrada pelos custos do tratamento, conforme entendimento do Tribunal de origem.

9. A reapreciação das conclusões do acórdão recorrido quanto à legitimidade ativa do autor demandaria revolvimento do conjunto fático-probatório, o que é vedado em recurso especial, nos termos da Súmula 7 do STJ.

10. O acórdão recorrido está em conformidade com a jurisprudência do STJ, motivo pelo qual incide a Súmula 83 do STJ.

IV. DISPOSITIVO

11. 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 14/10/2025 a 20/10/2025, por unanimidade, conhecer do recurso mas lhe negar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 27 de outubro de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2384610 - SP (2023/0197650-6)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : **CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO**
ADVOGADOS : **ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS - SP141750**
: **GUSTAVO BEZERRA - SP362860**
: **BRUNA LEVENSTEIN HYPOLITO - SP422453**
AGRAVADO : **MARCELO VILARES PINTO**
ADVOGADO : **PAULO ERNESTO RAHAL GIANINI - SP222035**

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. ÍNDOLE ABUSIVA. LEGITIMIDADE ATIVA. AGRAVO CONHECIDO PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo interposto contra decisão que inadmitiu recurso especial, no qual se discute a negativa de cobertura de sessões de hemodiálise prescritas por médico assistente, sob alegação de exclusão contratual em contrato de plano de saúde firmado antes da vigência da Lei 9.656/98.
2. O Tribunal de Justiça de São Paulo reconheceu a índole abusiva da negativa de cobertura, aplicando o Código de Defesa do Consumidor e condenando a operadora ao pagamento das despesas hospitalares no valor de R\$ 10.429,21, com correção monetária e juros de mora ajustados.
3. A recorrente alegou violação de dispositivos legais e constitucionais, sustentando a legitimidade das cláusulas contratuais limitativas, a ilegitimidade ativa do autor e a impossibilidade de adaptação compulsória do contrato antigo às disposições da Lei 9.656/98.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. A questão em discussão consiste em saber se a negativa de cobertura de sessões de hemodiálise prescritas por médico assistente, em contrato de plano de saúde firmado antes da vigência da Lei 9.656/98, configura índole abusiva, à luz do Código de Defesa do Consumidor.

5. Outra questão em discussão é a legitimidade ativa do autor para pleitear o ressarcimento das despesas hospitalares, considerando que foi a pessoa cobrada pelos custos do tratamento.

III. RAZÕES DE DECIDIR

6. A jurisprudência consolidada do STJ admite a aplicação do Código de Defesa do Consumidor para aferir a natureza abusiva de cláusulas restritivas em contratos de plano de saúde firmados antes da vigência da Lei 9.656/98, mesmo que não adaptados.

7. A negativa de cobertura de sessões de hemodiálise prescritas por médico assistente, sem indicação de alternativas de tratamento, configura índole abusiva, pois ameaça o objeto do contrato e coloca o consumidor em situação de extrema desvantagem.

8. O autor possui legitimidade ativa para pleitear o ressarcimento das despesas hospitalares, por ter sido a pessoa cobrada pelos custos do tratamento, conforme entendimento do Tribunal de origem.

9. A reapreciação das conclusões do acórdão recorrido quanto à legitimidade ativa do autor demandaria revolvimento do conjunto fático-probatório, o que é vedado em recurso especial, nos termos da Súmula 7 do STJ.

10. O acórdão recorrido está em conformidade com a jurisprudência do STJ, motivo pelo qual incide a Súmula 83 do STJ.

IV. DISPOSITIVO

11. Agravo conhecido para negar provimento ao recurso especial.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo de CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO contra decisão que inadmitiu recurso especial, interposto com fulcro na alínea "a" do permissivo constitucional, objetando-se decisão, tomada pelo eg. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em acórdão assim ementado (e-STJ, fls. 174-178):

"ILEGITIMIDADE ATIVA - Não configuração - Tendo em vista que o autor foi a pessoa cobrada pelas despesas do tratamento, possui ele legitimidade para pleitear a condenação da ré ao respectivo pagamento - Preliminar afastada. PLANO DE SAÚDE - Negativa de autorização para hemodiálise - Alegada exclusão de cobertura no contrato antigo e não adaptado - Abusividade configurada, ante a ausência de indicação de alternativas de tratamento - Incidência do Código de Defesa do Consumidor, o qual não admite a restrição de direito fundamental inerente ao contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto - Correta a condenação da ré a pagar em favor do autor o valor da conta hospitalar - Por outro lado, a correção monetária pelo IGP- M (FGV) deve incidir apenas até a data na qual a dívida do autor foi assim

calculada pelo hospital, devendo, a partir de então, seguir a Tabela Prática deste Tribunal - Além disso, os juros de mora devem incidir somente a partir da citação da ré nos presentes autos - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO."

Os embargos de declaração opostos pelo ora recorrente foram rejeitados (e-STJ, fls. 192-198).

Em seu recurso especial (e-STJ, fls. 200-215), além de dissídio jurisprudencial, o recorrente alega violação dos seguintes dispositivos de lei federal, com as respectivas teses:

(i) Art. 17 e art. 18 do Código de Processo Civil, sob a fundamento de reafirmação da ilegitimidade ativa do recorrido, argumentando que este não possuiria aptidão para pleitear em nome próprio direitos alheios, especialmente por não ser inventariante ou único herdeiro da genitora falecida, conforme exigido pela legislação processual.

(ii) Art. 35 da Lei 9.656/98, art. 3º da Lei 10.850/04 e art. 6º da LINDB, ante a fundamentação de que o acórdão recorrido violaria o ato jurídico perfeito, ao desconsiderar que o contrato firmado antes da vigência da Lei 9.656/98 não poderia ser compulsoriamente adaptado às novas disposições legais, em respeito à liberdade contratual e à segurança jurídica.

(iii) Art. 54, §4º, do Código de Defesa do Consumidor e art. 757 do Código Civil, ao abrigo da fundamentação de que as cláusulas limitativas de direitos no contrato seriam legítimas, claras e compreensíveis, não configurando abusividade, e que a imposição de cobertura não contratada violaria o equilíbrio atuarial e a autonomia da vontade das partes.

(iv) Art. 5º, incisos II e XXXVI, da Constituição Federal: O recorrente teria argumentado que a decisão recorrida afrontaria os princípios constitucionais do ato jurídico perfeito e da liberdade de agir, ao impor a adaptação compulsória de contrato antigo sem a anuência do contratante, contrariando a proteção constitucional às relações jurídicas consolidadas.

Não foram oferecidas contrarrazões.

Em juízo prévio de admissibilidade, o eg. TJSP inadmitiu o apelo nobre (e-STJ, fls. 221-222), dando ensejo ao presente agravo (e-STJ, fls. 225-230).

Não foi oferecida contraminuta.

É o relatório.

VOTO

Extrai-se dos autos que, na origem, Marcelo Vilares Pinto ajuizou ação indenizatória contra o Centro Trasmontano de São Paulo, alegando que sua genitora, contratante de plano de saúde com a requerida desde 1991, necessitou de sessões de hemodiálise durante internação hospitalar, as quais foram negadas pela operadora sob a justificativa de exclusão contratual. Após o falecimento da mãe, o autor foi cobrado pelo hospital pelos custos do tratamento, no valor de R\$ 10.429,21, e condenado judicialmente a pagar tal quantia. Pleiteou, então, a condenação da ré ao pagamento do referido montante, argumentando a abusividade da negativa de cobertura e a aplicação do Código de Defesa do Consumidor e da Lei 9.656/98.

A sentença julgou procedente o pedido, reconhecendo a abusividade da negativa de cobertura para as sessões de hemodiálise, com fundamento no Código de Defesa do Consumidor e na Súmula 608 do STJ, que admite a aplicação do CDC aos contratos de plano de saúde.

Determinou a condenação da ré ao pagamento de R\$ 10.429,21, corrigidos monetariamente pelo IGP-M/FGV a partir de agosto de 2019 e acrescidos de juros de mora de 1% ao mês desde a citação do autor no processo de cobrança (e-STJ, fls. 116-126).

No acórdão, o Tribunal de Justiça de São Paulo deu parcial provimento ao recurso da ré, mantendo a condenação ao pagamento do valor principal, mas ajustando os critérios de correção monetária e juros de mora. Determinou que a atualização monetária pelo IGP-M/FGV fosse aplicada apenas até janeiro de 2021, sendo substituída pela Tabela Prática do Tribunal a partir de então, e que os juros de mora incidissem a partir da citação da ré nos presentes autos, conforme art. 405 do Código Civil (e-STJ, fls. 174-178).

De início, entendo como inviável o conhecimento do apelo nobre quanto à alegada violação à norma do art. 5º, incisos II e XXXVI, da Constituição Federal, ao suposto de pretensa ofensa ao princípio do devido legal. Na espécie, o Acórdão recorrido está fundamentado em fundamentos autônomos de natureza constitucional e infraconstitucional, de modo que caberia à parte irresignada proceder à interposição simultânea de REsp e de RE, mas não o fez, conforme certificado na forma devida.

Assim, incide no caso concreto o teor da Súmula 126/STJ: *“É inadmissível recurso especial, quando o acórdão recorrido assenta em fundamentos constitucional e infraconstitucional, qualquer deles suficiente, por si só, para mantê-lo, e a parte vencida não manifesta recurso extraordinário”*.

A irresignação não merece prosperar.

Cinge-se a controvérsia em determinar se, no caso em exame, a pretensão de mérito deduzida, a saber, a determinar à operadora de plano de saúde a autorizar e arcar com o procedimento de sessões de hemodiálise durante internação hospitalar, realizadas pela titular do contrato antes de seu falecimento, as quais foram negadas pela operadora sob a justificativa de exclusão contratual.

No caso ora em exame, com relação à suposta violação à norma do art. 35 da Lei 9.656/98, do art. 3º da Lei 10.850/04 e do art. 6º da LINDB da Lei 9.656/98, o Tribunal de origem afirmou que a negativa de autorização para a realização do referido procedimento, expressamente indicado por profissional médico, deveria ser considerada como ato lícito, *in verbis* (e-STJ, fls. 176-178):

“ Sem razão a ré ao alegar que o autor não possui legitimidade ativa. O autor não está pleiteando direito alheio em nome próprio, e sim direito próprio, por ter sido a pessoa cobrada pelas despesas que a ré se recusou a custear. Possui o autor, portanto, legitimidade para requerer em juízo a condenação da ré ao pagamento da conta hospitalar. No mérito, de rigor reconhecer a abusividade da negativa de cobertura para as sessões de hemodiálise. Não se nega que, apreciando o Tema nº 123 de Repercussão Geral, o Supremo Tribunal Federal afastou a possibilidade de incidência da Lei nº 9.656/98 sobre contratos celebrados antes de sua vigência e não adaptados. No entanto, tal condição não retira a abusividade da negativa da ré, uma vez que ainda é possível analisar o caso à luz do Código de Defesa do Consumidor, conforme entendimento do STJ:

“Ainda que a Lei 9.656/98 não retroaja aos contratos de plano de saúde celebrados antes de sua vigência, é possível aferir eventual abusividade

de suas cláusulas à luz do Código de Defesa do Consumidor. Precedentes” (AgRg no AR Esp 801.687/PR, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 26/08/2019, DJe 30/08/2019). Frise-se ser perfeitamente aplicável ao presente caso o Código de Defesa do Consumidor, por força da Súmula 608 do STJ, que assim dispõe: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”. Não se enquadra a ré na única exceção supracitada, uma vez que disponibiliza planos de saúde no mercado em geral, em benefício de toda e qualquer pessoa, enquanto a entidade de autogestão, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera planos de saúde em benefício exclusivo de um grupo fechado de pessoas, conforme se depreende da definição dada pela Resolução Normativa nº 137/2006 da ANS. Neste sentido, cumpre ressaltar que à época da celebração do contrato com a genitora do autor, já estava vigente o Código de Defesa do Consumidor, que possui o mesmo caráter cogente da Lei nº 9.656/98. E, se por um lado o Código de Defesa do Consumidor admite as cláusulas limitativas de direito, por outro lado não admite que tais cláusulas coloquem o consumidor em situação de extrema desvantagem ou o submetam a restrição de direito fundamental inerente à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto. Por esse motivo, se a ré entende que, em virtude de expressa exclusão contratual, não há obrigação de cobertura de hemodiálise, deveria ter apontado a existência de outro tratamento que fosse passível de cobertura integral e que fosse apto a reverter o quadro clínico então apresentado. Para que um paciente seja privado de um tratamento específico, solicitado por profissional competente para tanto, pressupõe-se que ele seja dispensável ou substituível. Porém, em momento nenhum a ré indicou alternativas. Ou seja, a negativa não recaiu meramente sobre as sessões de hemodiálise. Por não terem sido apresentadas soluções substitutas, a negativa recaiu sobre a própria possibilidade de se garantir o tratamento de uma patologia que possui cobertura contratual. Desse modo, mesmo afastada a incidência da Lei nº 9.656/98, certo é que, à luz do Código de Defesa do Consumidor, também se apresenta ilícita a negativa de cobertura para as sessões de hemodiálise. E, apesar de a ré alegar não haver prova de que o autor tenha pago o valor das sessões de hemodiálise, certo é que houve efetivo pagamento nos autos nº 0007445-31.2021.8.26.0100. Correta, portanto, a condenação da ré ao pagamento do valor de R\$ 10.429,21 (dez mil e quatrocentos e vinte e nove reais e vinte e um centavos).”

A jurisprudência consolidada no âmbito desta Corte Superior firmou-se no sentido de ser possível a considerada abusiva, com base no CDC, de cláusula restritiva de plano de saúde, ainda que não adaptado, ou seja, contrato antigo (anterior à Lei nº 9.656/1998), que prevê o não custeio de certos procedimentos ambulatoriais ou cirúrgicos considerados necessários ao tratamento do consumidor, sendo indiferente, nessa perspectiva, eventuais exclusões contratuais a respeito.

Nessa ordem de intelecção, confirmam-se:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO FIRMADO ANTES DA VIGÊNCIA DO CDC. APLICAÇÃO DO CÓDIGO CONSUMARISTA. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES.

O acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte Superior no sentido de que, embora não se aplique as disposições da **Lei 9.656/98** aos **contratos celebrados antes de sua vigência** e não adaptados, a análise de eventual **abusividade** pode ser aferida à luz do **Código de Defesa do Consumidor**. Súmula n. 568/STJ.

Agravo interno improvido.

(“AgInt no AREsp 2114528 / PR, RELATOR Ministro HUMBERTO MARTINS, TERCEIRA TURMA, DATA DO JULGAMENTO: 17/06/2024, DATA DA PUBLICAÇÃO/FONTE: DJe 19/06/2024)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE PRÓTESES E ÓRTESES LIGADAS A ATOS CIRÚRGICOS. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO. ABUSIVIDADE. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.

APLICAÇÃO. **LEI Nº 9.656/1998**. NÃO INCIDÊNCIA. CONTRATO ANTIGO. IRRETROATIVIDADE. OBSERVÂNCIA.

1. Não há falar em negativa de prestação jurisdicional nos embargos declaratórios, a qual somente se configura quando, na apreciação do recurso, o tribunal de origem insiste em omitir pronunciamento a respeito de questão que deveria ser decidida, e não foi.

2. As disposições da **Lei nº 9.656/1998**, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, somente incidem sobre os contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como nos contratos que, firmados anteriormente, foram adaptados ao seu regime, sendo as respectivas disposições inaplicáveis aos beneficiários que, exercendo sua autonomia de vontade, optaram por manter os planos antigos inalterados (Tema nº 123 de Repercussão Geral do STF).

3. Embora as disposições da **Lei nº 9.656/1998**, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não retroajam para atingir **contratos celebrados antes de sua vigência** (quando não adaptados ao novel regime), a eventual **abusividade** das cláusulas pode ser aferida à luz do **Código de Defesa do Consumidor (CDC)**.

4. A jurisprudência pacífica deste Tribunal Superior, desde longa data, sempre foi no sentido de se mostrar abusiva, com base na legislação consumerista, a cláusula restritiva de plano de saúde, ainda que não adaptado, ou seja, contrato antigo (anterior à **lei nº 9656/1998**), que prevê o não custeio de prótese, órtese ou material diretamente ligado ao procedimento cirúrgico ao qual se submete o consumidor.

5. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 1561454 / RJ, RELATOR Ministro RICARDO VILLAS BOAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, DATA DO JULGAMENTO: 10/06/2024, DATA DA PUBLICAÇÃO/FONTE: DJe 13/06/2024)

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MATERIAL INDISPENSÁVEL AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NEGATIVA DE COBERTURA. ILEGALIDADE. CONTRATO ANTERIOR À LEI N. 9.656 /1998. INCIDÊNCIA DO CDC. SÚMULAS N. 5, 7 E 83 DO STJ. DANOS MORAIS. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Esta Corte possui o entendimento de ser abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde o custeio de órteses, próteses e seus acessórios indispensáveis ao sucesso da cirurgia necessária ao pleno restabelecimento da saúde do segurado.

2. Embora não se admita a retroatividade da Lei n. 9.656/1998 para alcançar os contratos de plano de saúde celebrados anteriormente à sua entrada em vigor, caso a parte beneficiária não faça a opção pela adaptação ao novel regime (art. 35 da Lei n. 9.656/1998), a abusividade porventura evidenciada sujeita-se à ótica do Código de Defesa do Consumidor. Precedentes.

3. "Embora o mero inadimplemento contratual não seja causa para ocorrência de danos morais, é reconhecido o direito à compensação dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada" (REsp n. 1.421.512/MG, Relatora a Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJe 30/5/2014).

4. No caso, o acórdão está alinhado ao entendimento desta Corte sobre a matéria (Súmula n. 83/STJ), sendo inviável alterar a solução adotada na origem, pois o acolhimento da pretensão recursal, no caso, exigiria reexame

de provas e cláusulas contratuais, o que não se admite no recurso sob exame (Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

5. Agravo interno desprovido.

(AgInt nos EDcl no REsp 2023095 / SP, RELATOR: Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, DATA DO JULGAMENTO: 11/12/2023, DATA DA PUBLICAÇÃO/FONTE: DJe 14/12/2023)

Nesse contexto, em que pesem as alegações do recorrente, era mesmo de rigor a cobertura do procedimento de sessões de hemodiálise prescritas pelo médico assistente, seja porque necessária ao efetivo tratamento da beneficiária, seja porque inequívoca e irretorquivelmente indispensável, diante da constatação de expressa indicação médica, para hipóteses além daquelas elencadas no contrato de plano de saúde.

Dessa forma, o acórdão recorrido julgou em conformidade com o entendimento desta Corte, motivo pelo qual incide a Súmula 83/STJ.

Por fim, quanto ao tema da legitimidade ativa, o Tribunal de origem delimitou a situação fática no sentido de que *“O autor não está pleiteando direito alheio em nome próprio, e sim direito próprio, por ter sido a pessoa cobrada pelas despesas que a ré se recusou a custear. Possui o autor, portanto, legitimidade para requerer em juízo a condenação da ré ao pagamento da conta hospitalar”* (e-STJ, fls. 176).

Nesse contexto, resulta inviável o desiderato da recorrente no sentido de pretender a reapreciação das conclusões a que chegou o Acórdão recorrido, quanto à legitimidade ativa do recorrido em pleitear o ressarcimento das despesas hospitalares por ele custeadas, ainda que sob o pretexto de não haver demonstrado sua condição de inventariante ou único herdeiro da genitora falecida.

Eventual compreensão em contrário importaria o necessário revolvimento do conjunto fático-probatório dos autos, incabível no âmbito de recurso especial, nos termos do entendimento consolidado na Súmula 7 do STJ: *“A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial”*.

Nessa ordem de inteligência, confira-se:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. ASTREINTES. VALOR ARBITRADO. REFORMA. IMPOSSIBILIDADE. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA N. 7/STJ. ACÓRDÃO NO SENTIDO DA JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 568/STJ. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO INATACADO. SÚMULA 283/STF. 1. O recurso especial não merece prosperar. Alterar o decidido no acórdão impugnado no que se refere aos valores fixados a título de astreintes exige o reexame de fatos e provas. Incidência da Súmula n. 7 do STJ.

*2. O Tribunal de origem decidiu a controvérsia em harmonia com o entendimento desta Corte segundo o qual a decisão que fixa a **multa cominatória** não **preclui** nem faz **coisa julgada** material, podendo ser **revista** a qualquer tempo, quando verificada a insignificância ou exorbitância dos valores arbitrados. Súmula 568/STJ.*

3. A recorrente limita-se a apontar violação do artigo 537, §§ 2º, 3º e 4º, do Código de Processo Civil e deixa de impugnar o §1º do mesmo dispositivo legal, fundamento do acórdão recorrido. Incidência da Súmula 283/STF. Agravo interno improvido.

(AgInt no AREsp 2512819 / PR, RELATOR Ministro HUMBERTO MARTINS, TERCEIRA TURMA, DATA DO JULGAMENTO 30/06/2025, DATA DA PUBLICAÇÃO/FONTE DJEN 03/07/2025)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CUMPRIMENTO DE SENTENÇA. ASTREINTES. DECISÃO DE INADMISSIBILIDADE DO RECURSO ESPECIAL. ÓBICE DAS SÚMULAS 7 E 83/STJ. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO ART. 1.022 DO CPC. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. Trata-se de agravo interno contra decisão monocrática que não conheceu do agravo em recurso especial por ausência de impugnação específica a todos os fundamentos da decisão de inadmissibilidade.

2. A decisão que inadmitiu o recurso especial na origem baseou-se na ausência de violação aos arts. 489 e 1.022 do CPC, na consonância do acórdão recorrido com a jurisprudência do STJ, sobre a possibilidade de revisão das astreintes (Súmula 83/STJ), e na necessidade de reexame fático-probatório para analisar a proporcionalidade da multa (Súmula 7/STJ).

3. A jurisprudência consolidada deste STJ, inclusive da Corte Especial (EAREsp 701.404/SC, 746.775/PR e 831.326/SP), exige a impugnação específica de todos os fundamentos da decisão de inadmissibilidade do recurso especial, sob pena de não conhecimento do agravo, nos termos do art. 932, III, do CPC/2015 e da Súmula 182/STJ.

4. No caso concreto, a parte agravante não logrou afastar o óbice da Súmula 7 /STJ, aplicado quanto à análise da proporcionalidade e exorbitância das astreintes, fundamento autônomo da decisão de inadmissibilidade, cuja revisão demanda reexame fático-probatório.

5. A alegação de que a discussão seria puramente de direito não infirma a incidência da súmula sobre o aspecto da razoabilidade do valor, analisado com base nas circunstâncias concretas pelo Tribunal de origem.

6. Inviável o afastamento da Súmula 83/STJ, pois o acórdão recorrido alinhou-se à jurisprudência desta Corte no sentido da possibilidade de **revisão** do valor das **astreintes** a qualquer tempo, por não fazerem **coisa julgada**. A mera indicação de julgado singular de Turma em sentido diverso não é suficiente para demonstrar a superação do entendimento da Corte Especial.

7. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 2098179 / PR, RELATOR Ministro AFRÂNIO VILELA, SEGUNDA TURMA, DATA DO JULGAMENTO: 18/06/2025, DATA DA PUBLICAÇÃO/FONTE: DJEN 26/06/2025)

Ante todo o exposto, presentes os óbices das Súmulas 7 e 83 do STJ, conheço do agravo para negar provimento ao recurso especial.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AREsp 2.384.610 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0197650-6

Número de Origem:

10020564820218260100

1002056482021826010050000

1002056482021826010050001

11176828620198260100

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

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 : CENTRO TRASMONTANO DE SAO PAULO

ADVOGADOS : GUSTAVO BEZERRA - SP362860

ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS - SP141750

BRUNA LEVENSTEIN HYPOLITO - SP422453

AGRAVADO : MARCELO VILARES PINTO

ADVOGADO : PAULO ERNESTO RAHAL GIANINI - SP222035

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

TERMO

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

Os Srs. Ministros Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira, Marco Buzzi e João Otávio de Noronha votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro João Otávio de Noronha.

Brasília, 20 de outubro de 2025