



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2113055 - SP (2023/0306208-0)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377
RECORRIDO : LUIZ SCHMAIDA
RECORRIDO : SUELI PONTES DA SILVA
ADVOGADO : DENISE DE CAMPOS FREITAS MURÇA - SP123374

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FALECIMENTO DO TITULAR. DIREITO DOS DEPENDENTES À MANUTENÇÃO DO CONTRATO. DANOS MORAIS. VALOR INDENIZATÓRIO. REEXAME DE PROVAS. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto, com fundamento no art. 105, III, alíneas “a” e “c”, da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que assegurou aos dependentes do titular falecido a manutenção do contrato empresarial de assistência à saúde e reconheceu o direito à indenização por danos morais no valor de R\$ 20.000,00, ante a conduta da operadora de plano de saúde que induziu os autores à constituição de empresa para permanecerem no plano e, posteriormente, negou a manutenção contratual.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se os dependentes do titular falecido têm direito à manutenção no plano de saúde coletivo empresarial; e (ii) estabelecer se a conduta da operadora de saúde configura ato ilícito ensejador de indenização por danos morais.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O direito dos dependentes à manutenção no plano coletivo empresarial decorre do art. 30, § 3º, da Lei nº 9.656/98, que assegura a permanência no contrato nas mesmas condições anteriormente pactuadas, desde que assumam integralmente o pagamento.

4. A Súmula 13 da ANS estabelece que o término da remissão não extingue o contrato familiar, garantindo aos dependentes já inscritos o direito de manterem as mesmas condições contratuais.

5. A operadora de saúde, ao não informar os dependentes sobre o direito à manutenção e ao induzi-los à constituição de empresa para permanecerem no plano, praticou conduta contraditória, violando o dever de boa-fé objetiva (CC, arts. 422 e 436).

6. Configura-se dano moral in re ipsa quando a operadora de saúde cancela o plano indevidamente e cria situação que agrava o sofrimento dos beneficiários, o que ultrapassa o mero inadimplemento contratual.

7. A revisão do valor da indenização por danos morais é inviável em sede de recurso especial, por demandar reexame do conjunto fático-probatório, vedado pela Súmula 7 do STJ.

8. O recurso especial não pode ser conhecido pela alínea “c” do art. 105, III, CF/88, diante da ausência de cotejo analítico e de demonstração de similitude fática entre os acórdãos confrontados.

IV. DISPOSITIVO

9. Recurso não conhecido.

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 19/08/2025 a 25/08/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 26 de agosto de 2025.

Ministra Daniela Teixeira
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2113055 - SP (2023/0306208-0)

RELATORA : **MINISTRA DANIELA TEIXEIRA**
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377
RECORRIDO : LUIZ SCHMAIDA
RECORRIDO : SUELI PONTES DA SILVA
ADVOGADO : DENISE DE CAMPOS FREITAS MURÇA - SP123374

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FALECIMENTO DO TITULAR. DIREITO DOS DEPENDENTES À MANUTENÇÃO DO CONTRATO. DANOS MORAIS. VALOR INDENIZATÓRIO. REEXAME DE PROVAS. RECURSO NÃO CONHECIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso Especial interposto, com fundamento no art. 105, III, alíneas “a” e “c”, da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que assegurou aos dependentes do titular falecido a manutenção do contrato empresarial de assistência à saúde e reconheceu o direito à indenização por danos morais no valor de R\$ 20.000,00, ante a conduta da operadora de plano de saúde que induziu os autores à constituição de empresa para permanecerem no plano e, posteriormente, negou a manutenção contratual.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se os dependentes do titular falecido têm direito à manutenção no plano de saúde coletivo empresarial; e (ii) estabelecer se a conduta da operadora de saúde configura ato ilícito ensejador de indenização por danos morais.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O direito dos dependentes à manutenção no plano coletivo empresarial decorre do art. 30, § 3º, da Lei nº 9.656/98, que assegura a permanência no contrato nas mesmas condições anteriormente pactuadas, desde que assumam integralmente o pagamento.

4. A Súmula 13 da ANS estabelece que o término da remissão não extingue o contrato familiar, garantindo aos dependentes já inscritos o direito de manterem as mesmas condições contratuais.

5. A operadora de saúde, ao não informar os dependentes sobre o direito à manutenção e ao induzi-los à constituição de empresa para permanecerem no plano, praticou conduta contraditória, violando o dever de boa-fé objetiva (CC, arts. 422 e 436).

6. Configura-se dano moral in re ipsa quando a operadora de saúde cancela o plano indevidamente e cria situação que agrava o sofrimento dos beneficiários, o que ultrapassa o mero inadimplemento contratual.

7. A revisão do valor da indenização por danos morais é inviável em sede de recurso especial, por demandar reexame do conjunto fático-probatório, vedado pela Súmula 7 do STJ.

8. O recurso especial não pode ser conhecido pela alínea “c” do art. 105, III, CF/88, diante da ausência de cotejo analítico e de demonstração de similitude fática entre os acórdãos confrontados.

IV. DISPOSITIVO

9. Recurso não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Especial interposto, com fundamento no art. 105, inciso III, alíneas “a” e “c”, da Constituição Federal, contra o acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado (e-STJ fl. 318):

PLANO DE SAÚDE MANUTENÇÃO DO CONTRATO PARA DEPENDENTES - FALECIMENTO DO TITULAR - É assegurada a manutenção do contrato empresarial de assistência à saúde aos dependentes de titular falecido - Aplicação da Súmula 13, da ANS, e do artigo 30, parágrafo 3º, da Lei nº 9.656/98 Sentença mantida Recurso desprovido. PLANO DE SAÚDE DANOS MORAIS. Autores que foram induzidos à abertura de empresa, visando sanar vício inexistente, apresentado pela ré, como óbice à manutenção de seu plano de assistência à saúde - Ato ilícito configurado - Dano moral caracterizado - Verba indenizatória corretamente fixada em R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), para ambas as vítimas, consoante as condições econômicas e sociais das partes, a intensidade do dano, bem como em observância aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade Sentença mantida - Recurso desprovido.

Nas razões do recurso especial, a recorrente alega que o acórdão recorrido violou os artigos artigos 104, 422 e 436 do Código Civil, ao não reconhecer seu direito à manutenção vitalícia do plano de saúde e aos artigos 86, 927 e 884, do referido diploma legal, diante da inexistência do dano e nexo de causalidade, ainda mais em se tratando de discussão contratual, sustentando o afastamento da pretensão indenizatória por danos morais (e-STJ fls. 328/352).

Intimada nos termos do art. 1.042, § 3º, do Código de Processo Civil, a parte agravada afirmou a inexistência de requisitos ou elementos aptos a promover a alteração do julgado impugnado (e-STJ, fls. 401/405).

É o relatório.

VOTO

O recurso especial é tempestivo e cabível, pois interposto em face de decisão que negou provimento ao recurso de apelação interposto na origem (art. 105, III, a e c, da Constituição Federal).

Entretanto, o recurso não merece ser conhecido.

O acórdão recorrido decidiu a controvérsia consignando que (e-STJ, fls. 317/324):

Examinando a questão, o d. Magistrado sentenciante bem ponderou que é “inadmissível a imposição de migração dos dependentes do titular falecido para um novo plano qualquer, pois estes devem permanecer no plano adquirido pelo titular, nos mesmos moldes e valores da vigência do contrato, em conformidade com o artigo 30, §3º, da Lei nº 9.656/98 (“Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo”), admitindo-se apenas os reajustes aprovados pela ANS sobre o valor da mensalidade que vinha sendo paga”, fls. 272.

In casu, é importante destacar que a ré foi notificada quanto ao falecimento do titular, e não informou aos seus dependentes quanto à possibilidade manutenção do contrato, nos moldes supracitados, mas permaneceu recebendo o pagamento das mensalidades, gerando legítima expectativa aos autores, quanto à manutenção da contratação.

Posteriormente, adotando postura contraditória, enviou-lhes notificação exigindo demonstração de regularidade da empresa, a qual, repise-se, ao não informar a possibilidade de manutenção do plano aos dependentes do titular falecido, conduziu os autores à constituição de nova empresa, acreditando-se que, desta forma, estariam atendendo aos requisitos para a manutenção do plano de assistência à saúde.

Prosseguindo no desacerto, a operadora de saúde se negou a manter o contrato, arguindo, desta vez, que o tempo de constituição da nova empresa não atenderia as determinações legais aplicáveis ao caso.

Ao bom entendedor, resta claro que a operadora de saúde deu causa a todo o imbróglio, e depois, se utilizou dele para negar aos autores o direito de persistir no contrato primitivo, desconsiderando o entendimento da Súmula 13 da ANS, segundo o qual: “O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo”.

[...]

Diante do ato ilícito da ré, restou caracterizado o dano moral, in re ipsa, ponderando-se que a negativa de manutenção do contrato não retratou simples descumprimento do pacto, mas sim, circunstância que impôs angústia e aflição, ampliando o sofrimento dos autores, dependentes da assistência médica prestada pela ré.

[...]

Em relação ao quantum indenizatório, embora seja tormentosa a questão de sua fixação, há certos parâmetros consagrados pela doutrina e pela jurisprudência, como as condições econômicas e sociais das partes e a intensidade do dano, que devem ser observados na busca da reparação, e, ao mesmo tempo, sancionando o causador do fato, a fim de que evite a reincidência. Também devem ser atendidos os princípios da proporcionalidade e razoabilidade. Eis um precedente esclarecedor:

[...]

Nesse passo, o contexto fático dos autos permite concluir que a verba indenizatória fixada (R\$ 5.000,00 cinco mil reais) representa justa indenização à parte lesada e se amolda aos precedentes desta C. Câmara.

Assim sendo, a pretensão de manutenção do plano de assistência à saúde aos autores, com a mesma cobertura contratual que dispunham, é de rigor, razão pela qual a r. sentença não merece reparos.

Observo que, opostos embargos e, com vistas ao saneamento do erro material objeto do presente, quanto ao valor descrito no referido acórdão, o Tribunal de origem asseverou que (e-STJ fls. 393/396):

Na hipótese, a C. Turma Julgadora, em julgamento estendido, por maioria de votos, negou provimento ao recurso da embargante, mantendo a r. sentença que a condenou a manter o plano de saúde, agora em nome dos embargados, bem como ao pagamento de indenização por danos morais.

Irresignada, a operadora de saúde opôs estes embargos declaratórios, apontando erro material no Aresto em relação aos honorários advocatícios.

Todavia, inexistiu o vício apontado.

Isto porque, o Aresto manteve os honorários advocatícios, consoante fixados pela r. sentença, por ausência de impugnação específica da recorrente.

Destarte, examinadas as questões devolvidas, segundo os elementos dos autos, normas legais e jurisprudência incidente, os embargos declaratórios não comportam acolhida.

O reexame dos autos, contudo, revelou a presença de erro material no tocante ao valor da indenização, porquanto houve divergência entre o montante expresso na ementa (R\$ 20.000,00) e o constante na fundamentação do voto (R\$ 5.000,00).

Assim sendo, mister retificar o valor expresso na fundamentação, para fazer constar o total de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), haja vista que representa a indenização deferida na r. sentença, não alterada em sede recursal, dada a improcedência do apelo da operadora de saúde.

Ante o exposto, corrige-se, de ofício, o erro material apresentado no Aresto e rejeitam-se os embargos declaratórios da requerida.

Na hipótese dos autos, a postura adotada na decisão ora impugnada amolda-se à orientação jurisprudencial desta Corte sobre o tema de fundo ora discutido. É o que se extrai, por exemplo, dos seguintes precedentes:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. VÍNCULO EMPREGATÍCIO. ROMPIMENTO. MANUTENÇÃO DO EX-EMPREGADO E SUA ESPOSA. BENEFICIÁRIOS. LONGO PERÍODO. INÉRCIA DA OPERADORA. EXCLUSÃO INDEVIDA. CONFIANÇA LEGÍTIMA. SUPRESSIO. INCIDÊNCIA. FALECIMENTO DO TITULAR. DEPENDENTE IDOSA. MANUTENÇÃO. BENEFÍCIO. SUCESSÃO DA TITULARIDADE. POSSIBILIDADE.

1. Aplica-se o instituto da supressio na hipótese de o estipulante e a operadora terem deixado de exercer o direito de excluir o ex-empregado demitido do plano de saúde ao término do prazo de 24 (vinte e quatro) meses, mantendo-o vinculado ao plano por período de tempo considerável. Aplicação da boa-fé objetiva, que conduz à perda de eficácia do direito de exclusão do ex-empregado do plano de saúde, em virtude da legítima expectativa criada pelo longo período de inércia das empresas.

2. Falecendo o titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos arts. 30 ou 31 da Lei nº 9.656/1998.

3. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp n. 1.751.973/RS, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 18/3/2024, DJe de 21/3/2024.)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO. FALECIMENTO DO TITULAR. INTERPRETAÇÃO DOS ARTS. 30 E 31 DA LEI 9.656 /1998. DEPENDENTE IDOSA. CONTRIBUIÇÃO HÁ MAIS DE 10 ANOS. CONDIÇÃO DE CONSUMIDOR HIPERVULNERÁVEL. MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO POR PRAZO INDETERMINADO.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 03/05/2019, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 17/12/2021 e concluso ao gabinete em 14/10/2022.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a manutenção no plano de saúde coletivo por adesão, por prazo indeterminado, de pessoa idosa, dependente do titular falecido.

3. 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.

4. Falecendo o titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos arts. 30 ou 31 da Lei 9.656/1998.

5. O beneficiário idoso, que perde a condição de dependente em virtude do falecimento do titular, depois de mais de 10 anos de contribuição, tem o direito de assumir a titularidade do plano de saúde coletivo por adesão, por prazo indeterminado, enquanto vigente o contrato celebrado entre a operadora e a estipulante e desde que arque com o custeio integral, sem prejuízo de exercer, a qualquer tempo, o direito à portabilidade de carências para contratação de outro plano de saúde.

6. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários.

(REsp n. 2.029.978/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 20/6/2023, DJe de 26/6/2023.)

Ademais, o cancelamento do plano de saúde, sem a devida notificação, configurou dano moral *in re ipsa*, o que está em consonância com a jurisprudência desta Corte Superior.

Neste sentido, a Súmula 7 do STJ estabelece que “a pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial.” No caso em exame, a revisão do valor arbitrado a título de danos morais demandaria o reexame do conjunto fático-probatório, o que é vedado nesta instância.

Nos termos da jurisprudência desta Corte, o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento do segurado o STJ é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento. (AgInt no AREsp n. 1.917.995 /RJ, relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, julgado em 29/11/2021, DJe de 1/12/2021.)

Quanto ao apontamento da existência de dissenso jurisprudencial, sabe-se que “divergência jurisprudencial com fundamento na alínea ‘c’ do permissivo constitucional requisita comprovação e demonstração, esta, em qualquer caso, com a transcrição dos trechos dos acórdãos que configurem o dissídio, mencionando-se as circunstâncias que identifiquem ou assemelhem os casos confrontados, não se oferecendo como bastante a simples transcrição de ementas, sem realizar o necessário cotejo analítico a evidenciar a similitude fática entre os casos apontados

e a divergência de interpretações” (REsp n. 1.888.242/PR, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 29/3/2022, DJe de 31/3/2022).

Nessa linha, ausentes a necessária demonstração de similitude fática entre os julgados trazidos à colação e o cotejo analítico, não se mostra viável o conhecimento do recurso pela divergência.

Nesse sentido, com destaque no que releva:

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. IRRESIGNAÇÃO SUBMETIDA AO NCPC. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EMPREGADO DEMITIDO, APOSENTADO POSTERIORMENTE. PRETENSÃO DE MANTER-SE COMO BENEFICIÁRIO DO PLANO. INCIDÊNCIA DO ART. 31 DA LEI Nº 9.556/98. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. As disposições do NCPC, no que se refere aos requisitos de admissibilidade dos recursos, são aplicáveis ao caso concreto ante os termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016.

2. O empregado demitido que vem a se aposentar posteriormente pode ser mantido como beneficiário do plano de saúde coletivo fornecido pela empresa aos seus funcionários, nas mesmas condições de cobertura existentes quando da vigência do contrato de trabalho, desde que ainda não tenha havido extinção regular da cobertura e que assuma o pagamento integral da prestação, correspondente à sua contribuição mais a contribuição patronal.

3. A permanência no plano, nessa hipótese, se dá por tempo indeterminado na forma do art. 31 da Lei nº 9.556/98, e não por tempo determinado, como previsto pelo art. 31, § 1º, do mesmo diploma.

4. A norma não exige que a extinção do contrato de trabalho se dê em função da aposentadoria ou que isso ocorra no exato momento em que apresentado o pedido de manutenção das condições de cobertura assistencial. Exige tão somente que, no momento de requerer o benefício, o consumidor tenha preenchido as exigências legais, dentre as quais ter a condição de jubilado, independentemente de ser esse o motivo de desligamento da empresa. Precedentes.

5. Agravo interno não provido.

(AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.311.712/RS, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 11/5/2020, DJe de 14/5/2020.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. EMPREGADO QUE JÁ TINHA A CONDIÇÃO DE APOSENTADO E FOI DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ART. 31 DA LEI 9.656/1998. MANUTENÇÃO DAS MESMAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA. POSSIBILIDADE. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Conforme entendimento firmado pela Quarta Turma do STJ, "não exige a norma que a extinção do contrato de trabalho em razão da aposentadoria se dê no exato momento em que ocorra o pedido de manutenção das condições de cobertura assistencial. Ao revés, exige tão somente que, no momento de requerer o benefício, tenha preenchido as exigências legais, dentre as quais ter a condição de jubilado, independentemente de ser esse o motivo de desligamento da empresa."

(REsp 1.305.861/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 24/2/2015, DJe de 17/3/2015).

2. Agravo interno não provido.

(AgInt nos EDcl no REsp n. 1.597.997/DF, relator Ministro Lázaro Guimarães (Desembargador Convocado do TRF 5ª REGIÃO), Quarta Turma, julgado em 16/8/2018, DJe de 24/8/2018.)

Dessa forma, torna-se irrepreensível a decisão agravada que fez incidir na espécie a jurisprudência consolidada desta Corte superior sobre o tema.

Manifesto meu voto, portanto, pelo não conhecimento do presente recurso especial.

Determino, por fim, a majoração dos honorários advocatícios, em desfavor da parte recorrente, no importe de 20%, 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 TERCEIRA TURMA

**REsp 2.113.055 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2023/0306208-0

Número de Origem:

00149223120198260309 0014922312019826030910000959520198260115 10000959520198260115

Sessão Virtual de 19/08/2025 a 25/08/2025

Relator

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. MARIA SOARES CAMELO CORDIOLI

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.

ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477

VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377

RECORRIDO : LUIZ SCHMAIDA

RECORRIDO : SUELI PONTES DA SILVA

ADVOGADO : DENISE DE CAMPOS FREITAS MURÇA - SP123374

ASSUNTO : DIREITO DO CONSUMIDOR - CONTRATOS DE CONSUMO - PLANOS DE
SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 19/08/2025 a 25/08/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Nancy Andrigli, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 25 de agosto de 2025