



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2597785 - SP (2024/0070006-8)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : **ITALO MARQUES DE SOUZA**
ADVOGADA : **RAPHAELLA ARANTES ARIMURA - SP361873**
AGRAVADO : **AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.**
OUTRO NOME : **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA.**
ADVOGADO : **MARCO ANDRÉ HONDA FLORES - MS006171**
INTERES. : **IGOR MARQUES DE SOUZA**

EMENTA

DIREITO CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESCISÃO CONTRATUAL POR OMISSÃO DOLOSA DE DOENÇA PREEXISTENTE. RECURSO DESPROVIDO.

1. A Corte Superior entendeu que a omissão dolosa de doença preexistente por parte dos recorrentes, ao preencherem a Declaração de Saúde, foi comprovada, sendo suficiente para justificar a rescisão contratual nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98.
2. A jurisprudência do STJ pacificou o entendimento de que a má-fé do segurado, configurada pela omissão de informações sobre doença preexistente conhecida no momento da contratação, autoriza o afastamento da cobertura securitária, mesmo sem a realização de exames prévios.
3. A fixação dos honorários advocatícios em valor fixo foi considerada adequada e proporcional, não configurando enriquecimento sem causa, e sua revisão foi obstada pela Súmula 7 do STJ.
4. A alegação de divergência jurisprudencial foi prejudicada, pois não houve demonstração de violação à lei federal.
5. Recurso 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 09/12/2025 a 16/12/2025, 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, 17 de dezembro de 2025.

Ministro RAUL ARAÚJO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2597785 - SP (2024/0070006-8)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
AGRAVANTE : **ITALO MARQUES DE SOUZA**
ADVOGADA : **RAPHAELLA ARANTES ARIMURA - SP361873**
AGRAVADO : **AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.**
OUTRO NOME : **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA.**
ADVOGADO : **MARCO ANDRÉ HONDA FLORES - MS006171**
INTERES. : **IGOR MARQUES DE SOUZA**

EMENTA

DIREITO CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESCISÃO CONTRATUAL POR OMISSÃO DOLOSA DE DOENÇA PREEXISTENTE. RECURSO DESPROVIDO.

1. A Corte Superior entendeu que a omissão dolosa de doença preexistente por parte dos recorrentes, ao preencherem a Declaração de Saúde, foi comprovada, sendo suficiente para justificar a rescisão contratual nos termos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98.
2. A jurisprudência do STJ pacificou o entendimento de que a má-fé do segurado, configurada pela omissão de informações sobre doença preexistente conhecida no momento da contratação, autoriza o afastamento da cobertura securitária, mesmo sem a realização de exames prévios.
3. A fixação dos honorários advocatícios em valor fixo foi considerada adequada e proporcional, não configurando enriquecimento sem causa, e sua revisão foi obstada pela Súmula 7 do STJ.
4. A alegação de divergência jurisprudencial foi prejudicada, pois não houve demonstração de violação à lei federal.
5. Recurso desprovido.

RELATÓRIO

Trata-se de Agravo em Recurso Especial interposto contra decisão que inadmitiu recurso especial. Segundo a parte agravante, o recurso preenche os requisitos necessários ao conhecimento e provimento. 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.

Síntese Fática

Extraí-se dos autos que, na origem, a operadora AMIL Assistência Médica Internacional S.A. alegou que os réus omitiram doença/lesão preexistente ao preencherem a Declaração de Saúde em 10/03/2021, apesar de Ítalo Marques de Souza ter sido submetido à gastroplastia redutora em 2019 e, posteriormente, ter solicitado autorização para procedimentos relacionados (dermolipectomia para correção de abdome em avental e herniorrafia umbilical). Com base nessa suposta fraude e na negativa de retificação após envio do Termo de Comunicação ao Beneficiário, propôs ação de nulidade/rescisão contratual, cumulada com tutela de urgência para se abster de custear tratamento vinculado à lesão preexistente e, ao final, cancelar o contrato dos requeridos.

Na sentença, o Juízo de origem julgou improcedente o pedido, nos termos do art. 487, I, do CPC, por entender ilógico o requerimento de ordem judicial para negar cobertura se a autora poderia fazê-lo administrativamente e por não vislumbrar prova de falsidade nas declarações de saúde. Assentou que os documentos não identificam com precisão a causa da obesidade e que a indicação médica era de dermolipectomia e herniorrafia, não de bariátrica; consequentemente, ainda que houvesse cobertura parcial temporária, não se justificaria o cancelamento do contrato. Condenou a autora em custas, despesas e honorários, fixados por equidade em R\$ 5.511,73, com fundamento no art. 85, § 8º-A, do CPC (e-STJ, fls. 573-575).

No acórdão, a 10ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo deu provimento à apelação da AMIL e reformou a sentença para julgar procedente o pedido inicial, reconhecendo a omissão dolosa de doença preexistente (obesidade e gastroplastia de 2019) pelo titular Igor ao preencher a Declaração de Saúde e pelo beneficiário Ítalo, que, mesmo instado por TCB, não retificou as informações. Com base no art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98, autorizou a rescisão unilateral limitada aos réus responsáveis pela conduta, observando o art. 28, § 2º, da RN ANS 558/2022 quanto à exclusão individual no plano coletivo, e fixou honorários advocatícios em R\$ 4.000,00 (e-STJ, fls. 619-629).

Do recurso interposto

Em seu recurso especial (e-STJ, fls. 631-651), a parte recorrente alega, além de dissídio jurisprudencial, violação dos seguintes dispositivos de lei federal, com as respectivas teses:

(i) art. 11 da Lei 9.656/98, pois a rescisão do contrato e a negativa de cobertura teriam violado a vedação de exclusão por doença ou lesão preexistente sem a realização de exames prévios e sem prova de má-fé, atribuindo indevidamente ao beneficiário o ônus de informação sobre condição que não existiria à adesão;

(ii) art. 35-F da Lei 9.656/98, pois a recusa de procedimentos reparadores pós-bariátrica solicitados após a adesão teria afrontado a cobertura obrigatória, inclusive em situações de urgência ou emergência, de modo que, ainda que se alegasse carência ou cobertura parcial temporária, o custeio seria devido;

(iii) art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil, pois a fixação dos honorários sucumbenciais em valor fixo elevado teria desconsiderado o critério percentual sobre o valor da causa ou do proveito econômico, incorrendo em desproporção e exigindo redução para evitar enriquecimento sem causa;

(iv) arts. 186 e 927 do Código Civil, pois a negativa ilícita de cobertura e o cancelamento do plano teriam constituído ato ilícito e ensejado dever de indenizar por danos morais, dado que o abalo decorrente da recusa injusta de tratamento seria presumível e justificaria a condenação.

Contrarrazões às fls. 671-676.

Em juízo prévio de admissibilidade, o eg. TJ-SP inadmitiu o apelo nobre (e-STJ, fls. 677-680), dando ensejo ao presente agravo (e-STJ, fls. 683-697).

Contraminuta às fls. 706-714.

É o relatório.

VOTO

Trata-se de agravo contra decisão que inadmitiu recurso especial fundado no art. 105, III, "a" e "c", da Constituição Federal, interposto contra v. acórdão do eg. Tribunal de Justiça de São Paulo, assim ementado (fls. 619-629):

PLANO DE SAÚDE RESCISÃO CONTRATUAL Ação proposta pela seguradora, que pleiteia a rescisão contratual de plano de saúde coletivo empresarial vigente em favor dos dois réus Contrato firmado em 2021, por pessoa jurídica, tendo por beneficiários um titular mais três dependentes Réus que são o titular do contrato, responsável pelo preenchimento e assinatura das declarações de saúde de todos os beneficiários, bem como o dependente portador de doença preexistente, beneficiário da dissimulação Obesidade e cirurgia de gastroplastia, realizada em 2019 pelo corréu, que foram omitidas, com expressa negação da condição metabólica pretérita Encaminhamento à ré, contudo, após seis meses da contratação, de pedido médico voltado à realização de cirúrgica reparadora do 'abdome em avental', decorrência da gastroplastia não informada - Ciência inequívoca da condição do segurado tanto pelo titular preenchedor do termo de contratação como pelo próprio paciente, o que ressalta-se não ter sido negado no curso das defesas, nas quais se limitaram ambos a justificar os motivos pelos quais não declararam a situação - Operadora do plano de saúde que ainda encaminhou ao beneficiário o Termo de Comunicação, conforme determina o artigo 15, da resolução ANS 558/2022, oferecendo prazo para retificação da Declaração de Saúde, o que sequer foi respondido Dolo dos demandados de ocultar circunstância relevante à contratação que autoriza a rescisão contratual, nos termos do artigo 13, parágrafo único, inciso II da Lei nº 9.656/1998, penalidade que se limita aos segurados ora demandados - Sentença reformada para julgar procedente o pedido inicial - RECURSO PROVIDO.

A recorrente apontou violação ao art. 11 da Lei 9.656/98, pois a rescisão do contrato e a negativa de cobertura teriam violado a vedação de exclusão por doença ou lesão preexistente sem a realização de exames prévios e sem prova de má-fé, atribuindo indevidamente ao beneficiário o ônus de informação sobre condição que não existiria à adesão. Referiu também ofensa ao art. 35-F da Lei 9.656/98, pois a recusa de procedimentos reparadores pós-bariátrica solicitados após a adesão teria afrontado a cobertura obrigatória, inclusive em situações de urgência ou emergência, de modo que, ainda que se alegasse carência ou cobertura parcial temporária, o custeio seria devido.

A parte recorrente também apontou violação aos arts. 186 e 927 do Código Civil, pois a negativa ilícita de cobertura e o cancelamento do plano teriam constituído ato ilícito e ensejado dever de indenizar por danos morais, dado que o abalo decorrente da recusa injusta de tratamento seria presumível e justificaria a condenação.

Ao examinar a questão que lhe foi posta, o Tribunal Estadual assim decidiu e fundamentou seu acórdão (fls. 575-580):

A autora ajuizou a presente ação sustentando que em 10.03.2021, foi firmada proposta contratual em nome da empresa “Marques e Meirelli Serviços Empresariais Ltda.”, cujos documentos foram assinados e preenchidos pelo corréu Igor Marques de Souza.

Na ocasião, o titular informou, a respeito de si e dos três outros dependentes descritos na fl. 03, os dados de saúde:

Para tanto, cumpria declarar, mediante resposta 'sim' ou 'não' se qualquer das partes, 'in verbis', 'é portador ou já sofreu de' diversas enfermidades e condições.

Houve uma única admissão de doença preexistente, relativamente à dependente 'Andressa', negadas todas as demais.

Todavia, em 27.09.2021, pouco menos de 6 meses após ingressar no plano, ou seja, após ter sido afirmado de forma clara que nenhum dos demandados possuía qualquer doença/lesão preexistente, o corréu Italo Marques de Souza solicitou autorização para realização dos procedimentos cirúrgicos de dermolipectomia para correção de abdômen em avental e correção de hérnia umbilical, em decorrência de anterior cirurgia de gastroplastia redutora realizada em 2019 (relatórios médicos fls. 313/318).

Nesse contexto e por vislumbrar a incorreção da informação prestada, a autora, nos termos da legislação vigente, encaminhou ao interessado o TCB Termo de Comunicação ao Beneficiário (fls. 319/320), no qual informou ao corréu Italo que o procedimento solicitado indicava lesão ou doença preexistente, bem como que os procedimentos cirúrgicos decorrentes estariam sujeitos à Cobertura Parcial Temporária - CPT, facultando-lhe a opção de retificação da Declaração de Saúde.

Mesmo diante da oportunidade de corrigir as informações prestadas no momento da contratação do plano de saúde, o beneficiário Italo não o fez, permanecendo na omissão da doença preexistente.

Recorreu, assim, ao Judiciário, como forma de não se ver compelida a arcar com o custeio das despesas, rescindindo-se, ainda, o contrato relativamente aos dois réus, cuja presença no polo passivo veio assim justificada na petição inicial:

“(…) os documentos integrantes da proposta foram assinados e preenchidos pelo segundo requerido IGOR MARQUES DE SOUZA.” (fl. 02, in 'verbis').

Ainda a respeito da conduta de Igor: “(…) na ocasião da contratação do plano pela parte requerida, houve o preenchimento do citado documento, Declaração

de Saúde (DOC. 3), em 10/03/2021, no qual afirmou que gozava de perfeita saúde, respondendo de forma NEGATIVA todas as perguntas relacionadas a possíveis doenças e lesões preexistentes, declarando ao final a veracidade de todas as informações prestadas, com a aposição de sua assinatura.” (fl. 02).

Já Ítalo foi quem solicitou, em 27/09/2021 realização de dermolipectomia para correção de abdome em avental, justamente em razão de ter sido submetido em 2019 a gastroplastia redutora, situação omitida.

Em suas defesas, de igual teor, os réus argumentaram que a contratação 'sub judice' se deu em meio ao período de pandemia, ou seja, à distância, tendo a declaração de saúde sido preenchida conforme orientações recebidas pela 'corretora'. Deduziram não compreender a repercussão das informações prestadas, que cria consubstanciar-se em 'meras formalidades' (fl. 501, 'in verbis').

Argumentaram que a cirurgia abdominal não foi indicada com finalidade meramente estética, mas em razão de hérnia umbilical que foi diagnosticada, tanto que a cirurgia primeiramente chegou a ser autorizada e, posteriormente, cancelada.

Discorrem que a hérnia não era preexistente (mas, sim, foi diagnosticada após 6 meses da contratação) e que a obesidade não foi declarada vez que já havia sido, há muito, superada, a ensejar o esquecimento da questão.

Pois bem.

Em primeiro lugar, importa salientar que o contrato de assistência médica foi firmado em nome da empresa Marques e Meirelli Serviços Empresariais Ltda, tendo mais dois beneficiários, além dos dois réus nesta ação: Clarissa Morelli de Souza e Andressa Morelli da Silva Souza. O pedido de rescisão, por sua vez, diz respeito apenas aos irmãos Igor e Ítalo, a trair, em relação às demais seguradas a disposição constante do Art. 28, §2º da Resolução Normativa 558 /2022 da ANS, que dispõe que: “No caso de planos coletivos, somente o beneficiário que foi parte no respectivo processo poderá ser excluído”.

Embora a previsão diga respeito à consequência do reconhecimento de fraude no curso de processo administrativo, com mais razão se aplica à decisão proferida no curso de processo judicial, vez que tal é consectário da limitação subjetiva dos efeitos da coisa julgada.

No mais, ainda é oportuno destacar que o corréu Ítalo ajuizou contra a ré ação visando a compeli-la ao custeio de sua cirurgia reparadora (autos nº 1001774-89.2022.8.26.0224). Esta foi julgada improcedente, sobre o seguinte fundamento:

“Como se verifica da declaração de saúde, firmada na ocasião, fls. 341, o autor informou não padecer de nenhuma doença, em especial, no que se refere a doenças endócrinas e metabólicas. Entretanto, fora submetido à cirurgia bariátrica no ano de 2019, sendo evidente que não foi sincero em suas respostas.

(...)

Ressalto por fim que, ao contrário do alegado pelo autor, inobstante ser da requerida eventual obrigação de exames prévios para a contratação, o requerente declarou de forma clara “NÃO”, no documento onde consta doenças endócrinas, mesmo sendo conhecedor do mau que o acomete. Portanto, não há que se falar em qualquer irregularidade perpetrada pela requerida. E, por consequência, improcede o pedido de indenização por danos morais.”

Tal sentença foi mantida pelo acórdão de fls. 456/464 (TJSP 10ª Câmara de Direito Privado, Apelação nº 1001774- 89.2022.8.26.0224, Des. Relator Jair de Spuza, j. 04/11/2022), restando o processo ora suspenso em razão de pendência de julgamento de Recurso Especial Repetitivo pelo STJ.

Tudo considerado, não há como se ignorar que: a) os corréus foram ambos responsáveis pela omissão de informação em formulário da ré, cediço que nenhum deles negou conhecimento da condição de saúde de Ítalo, limitando-se

a justificar o motivo pelo qual negaram a preexistência de “doenças endócrinas e metabólicas (como (...), obesidade)”;

b) a intervenção médica reputada necessária ao beneficiário Ítalo decorre da perda de peso por conta da cirurgia bariátrica anterior (fls. 313/318):

“Histórico médico

O paciente ITALO MARQUES DE SOUZA, 30 ANOS, foi submetido à cirurgia Gastroplastia redutora em 2019, quando pesava + ou 135 kg e hoje pesa + ou - 80kg. Por conta do emagrecimento importante, apresenta Abdômen em avental (E88.1) + hérnia umbilical (K42).

Proposta de Tratamento

A proposta é realizar dermolipectomia para correção de abdome em avental e correção de herniorrafia umbilical”.

De toda a forma, exsurge lícita a rescisão do contrato face aos réus, vez que é indiscutível que ambos tinham pleno conhecimento de que um deles era portador de doença preexistente, evidenciada, assim, a ausência de boa-fé esperada de ambos.

Na medida em que falsearam a verdade dos fatos no curso do preenchimento da declaração de saúde, sequer cabe falar na suposta “ausência de exame prévio à contratação”, omissão por parte da seguradora que não elide o dolo dos réus de obterem vantagem indevida.

Não bastasse, a ré demonstrou ter providenciado o envio, ao segurado Ítalo, do Termo de Comunicação ao Beneficiário (fls. 319/320), conforme determina o artigo 15, caput, da resolução ANS 558/2022, oferecendo a este a oportunidade de retificação da Declaração de Saúde, no prazo de dez dias, explicando, inclusive, caso não o fizesse, estaria passível de Cobertura Parcial Temporária CPT, pelo período de 24 meses de contratação/adesão.

E, conforme bem sustentou a autora, mesmo diante da oportunidade de retificar as informações prestadas no momento da contratação do plano de saúde, o beneficiário não o fez, optando por manter a negativa da doença preexistente.

Caracterizada a fraude, cabe a rescisão unilateral do contrato com fundamento no artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998:

(...)

Neste sentido, a jurisprudência deste E. Tribunal de Justiça:

(...)

Portanto, de rigor a reforma da r. sentença para o cancelamento do contrato, com a exclusão dos beneficiários responsáveis pela conduta ilícita, sem prejuízo, repete-se, dos demais, cumprindo observar-se o que disciplina o art. 28, §2º da Resolução Normativa 558/2022 da ANS.

Em razão do ora decidido, pela procedência do pedido inicial, fica a parte ré condenada ao pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios que ora se fixa em R\$ 4.000,00, de forma equitativa, com fundamento no art. 85, §§ 2º e 8º do CPC (considerando-se que o valor atribuído à causa é irrisório - R\$ 1.905,84).

A Corte Estadual referiu que, quando do preenchimento dos documentos, na contratação firmada entre as partes, a parte recorrente somente indicou a existência de doença preexistente em relação à dependente "Andressa", mas não houve indicação de doença preexistente por parte dos recorrentes.

Afirmou a Corte local que posteriormente o corréu/recorrente Ítalo Marques de Souza solicitou autorização para realização dos procedimentos cirúrgicos de dermolipectomia para correção de abdômen em avental e correção de hérnia umbilical, em decorrência de anterior cirurgia de gastroplastia redutora realizada em 2019 (relatórios médicos de fls. 313/318).

Referiu o Tribunal Estadual que, nesse contexto, e por vislumbrar a incorreção da informação prestada, a autora/recorrida encaminhou ao recorrente o Termo de Comunicação ao Beneficiário (fls. 319/320), no qual informou ao corréu/recorrente que o procedimento solicitado indicava lesão ou doença preexistente, e que os procedimentos cirúrgicos decorrentes estariam sujeitos à Cobertura Parcial Temporária - CPT, facultando-lhe a opção de retificação da Declaração de Saúde. E mesmo diante da oportunidade de corrigir as informações prestadas no momento da contratação do plano de saúde, o beneficiário/recorrente não o fez, permanecendo na omissão da doença preexistente.

Argumentou a Corte local que o corréu/recorrente Ítalo ajuizou contra a recorrida ação visando a compeli-la ao custeio de sua cirurgia reparadora (autos nº 1001774-89.2022.8.26.0224), mas houve julgamento pela improcedência, decisão mantida pelo Tribunal. Na ocasião, consignado que a parte recorrente não havia sido sincera em suas respostas, visto que não informou a preexistência de doenças endócrinas e metabólicas.

Asseverou o Tribunal Estadual que os recorrentes foram responsáveis pela omissão de informação em formulário da recorrida e que a intervenção médica reputada necessária ao beneficiário/recorrente Ítalo decorre da perda de peso por conta da cirurgia bariátrica anterior (fls. 313/318).

A Corte de origem afirmou que os recorrentes falsearam a verdade dos fatos no curso do preenchimento da declaração de saúde. Referiu que a recorrida demonstrou ter providenciado o envio, ao segurado Ítalo, do Termo de Comunicação ao Beneficiário (fls. 319/320), conforme determina o artigo 15, *caput*, da resolução ANS 558/2022, oferecendo a este a oportunidade de retificação da Declaração de Saúde, explicando, inclusive, que caso não o fizesse, estaria passível de Cobertura Parcial Temporária CPT, pelo período de 24 meses de contratação/adesão.

Entretanto, mesmo diante da oportunidade de retificar as informações prestadas no momento da contratação do plano de saúde, o beneficiário/recorrente não o fez, optando por manter a negativa da doença preexistente.

Desse modo, por entender caracterizada a fraude no caso, a Corte de origem assentou caber a rescisão unilateral do contrato com fundamento no artigo 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98.

Veja que a Corte local entendeu justificada a rescisão, no caso, em razão da previsão constante do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98. Trata-se de argumento suficiente, por si só, para justificar a conclusão a que chegou o Tribunal de origem.

Desse modo, a parte recorrente não infirmou todas as razões do *decisum*, capazes de justificar, por si sós, a linha de decisão adotada. Vale dizer, a parte recorrente deixou de atacar especificamente todos os fundamentos que poderiam sustentar a decisão adotada pela Corte de origem, que foi fundamentada no art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98. Nesse sentido, cumpre repisar o óbice constante da Súmula 283 do STF, aplicável por analogia ao caso, que alude acerca da inadmissibilidade de recurso que não abrange todos os argumentos em que se assenta a decisão recorrida. Vejamos (grifei):

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL- EMBARGOS DE TERCEIRO DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DO EMBARGANTE.

[...]

4. A subsistência de fundamento inatacado, apto a manter a conclusão do aresto impugnado, e a apresentação de razões dissociadas desse fundamento, impõe o reconhecimento da incidência das Súmulas 283 e 284 do STF, por analogia. Precedentes.

5. É inadmissível o recurso especial que não impugna fundamento do acórdão recorrido apto, por si só, a manter a conclusão a que chegou a Corte Estadual (enunciado 283 da Súmula do STF).

6. Agravo interno desprovido."

*(AgInt no REsp n. 2.138.354/RJ, relator Ministro **Marco Buzzi**, Quarta Turma, julgado em 18/8/2025, DJEN de 22/8/2025.) Grifei*

Não bastasse, diante do cenário ora posto, é caso de não divergir do entendimento adotado pelo Tribunal Estadual, principalmente porque ficou evidente que a parte recorrente omitiu doença preexistente e, mesmo após instada para correções, deixou de proceder às necessárias correções.

A orientação adotada na decisão da Corte local não destoa da jurisprudência desta Corte Superior, pacificada no sentido de que: *"[...] é possível o afastamento da cobertura securitária na hipótese de comprovada má-fé do segurado, configurada pela omissão da informação sobre doença preexistente conhecida no momento da contratação"* (AgInt no AREsp 2.079.522/RS, Relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 12/9/2022, DJe de 15/9/2022.). Assim, a hipótese atrai a aplicação da Súmula 83 do STJ, porquanto em consonância com a jurisprudência desta Corte Especial.

Nesse mesmo sentido:

[...]

1. A exigência da realização de prévio exame médico para que a seguradora se oponha ao pagamento da indenização prevista na apólice de seguro, sob a alegação de doença pré-existente, não se aplica nas hipóteses em que ficar comprovado que o contrato foi celebrado de má-fé pelo segurado. Precedentes da 2ª Seção.

[...]

(AgRg no REsp n. 1.215.413/MT, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 7/8/2014, DJe de 20/8/2014.)

Portanto, como a orientação adotada no acórdão recorrido está em conformidade com a jurisprudência desta Corte Superior, o recurso especial não deve ser conhecido, em razão da Súmula 83/STJ.

Por fim, a parte recorrente apontou violação ao art. 85, § 2º, do CPC, pois a fixação dos honorários sucumbenciais em valor fixo elevado teria desconsiderado o critério percentual sobre o valor da causa ou do proveito econômico, incorrendo em desproporção e exigindo redução para evitar enriquecimento sem causa.

A Corte local assim decidiu acerca dos honorários advocatícios (fls. 619-629):

Portanto, de rigor a reforma da r. sentença para o cancelamento do contrato, com a exclusão dos beneficiários responsáveis pela conduta ilícita, sem

prejuízo, repete-se, dos demais, cumprindo observar-se o que disciplina o art. 28, §2º da Resolução Normativa 558/2022 da ANS. Em razão do ora decidido, pela procedência do pedido inicial, fica a parte ré condenada ao pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios que ora se fixa em R\$ 4.000,00, de forma equitativa, com fundamento no art. 85, §§ 2º e 8º do CPC (considerando-se que o valor atribuído à causa é irrisório - R\$ 1.905,84)

Não há razão para alterar o entendimento do Tribunal Estadual.

Por oportuno, registre-se ser entendimento consolidado no STJ que a revisão do montante dos honorários fixados pelas instâncias ordinárias encontra impedimento na Súmula 7/STJ: *A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial*. Esse óbice somente se flexibilizaria em hipóteses excepcionais, nas quais a verba honorária se mostrasse manifestamente irrisória ou exorbitante, circunstância que não se configuraria no caso em análise, notadamente tendo em vista o quanto constou do acórdão da Corte local. Nesse sentido (grifei):

"AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE CONHECEU DO AGRAVO E NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA.

1. Para o acolhimento do apelo extremo, no sentido de verificar se o acervo probatório foi ou não suficiente para embasar o decisum atacado, se havia a necessidade de realização de nova perícia, bem assim se os danos morais e materiais foram comprovados, a fim de desconstituir as conclusões a que chegou o órgão julgador, demandaria o revolvimento de matéria fáticoprobatória, providência esta que é inadmissível na estreita via do recurso especial, consoante o enunciado da Súmula 7 do STJ.

1.1. Esta Corte de Justiça tem entendimento no sentido de que a incidência do referido óbice impede o exame de dissídio jurisprudencial, na medida em que falta identidade entre os paradigmas apresentados e os fundamentos do acórdão, tendo em vista a situação fática do caso concreto, com base na qual deu solução a causa a Corte de origem. Precedentes.

2. Nos termos da jurisprudência deste Tribunal Superior, os juros de mora fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual, consoante enunciado da Súmula 54/STJ. Incidência da Súmula 83 desta Corte.

3. A revisão do valor arbitrado a título de honorários de sucumbência envolve ampla análise de questões de fato e de prova, e das peculiaridades de cada caso concreto, incidindo o óbice da Súmula 7 desta Corte.

4. Agravo interno desprovido."

(AgInt nos EDcl no AREsp n. 814.051/MA, relator Ministro **Marco Buzzi**, Quarta Turma, julgado em 9/3/2020, DJe de 16/3/2020.)

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA. AUSÊNCIA DE PRETENSÃO RESISTIDA. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Segundo a jurisprudência do STJ, são cabíveis honorários de sucumbência, nas ações cautelares de exibição de documentos, quando houver resistência da parte requerida ao atendimento do pedido, qual seja, a exibição dos documentos solicitados, em observância ao princípio da causalidade. Na hipótese, a ré não foi condenada ao pagamento das verbas de sucumbência, pois apresentou, no curso do feito, a documentação requerida. Rever tal conclusão esbarra no óbice da Súmula 7 desta Corte.

2. Agravo interno desprovido."

(AgInt no AREsp n. 1.568.286/SE, relator Ministro **Marco Aurélio Bellizze**, Terceira Turma, julgado em 17/2/2020, DJe de 19/2/2020.)

"PROCESSUAL CIVIL E PREVIDENCIÁRIO. ANÁLISE DE SUPOSTA VIOLAÇÃO A DISPOSITIVOS CONSTITUCIONAIS. IMPOSSIBILIDADE. COMPETÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. NÃO CONHECIMENTO. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DE DISPOSITIVO. SÚMULA 284 DO STF. ACÓRDÃO DE ORIGEM EM CONSONÂNCIA COM O ENTENDIMENTO DO STJ. SÚMULA 83 DO STJ. AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL. INADMISSIBILIDADE DO RECURSO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS EM AÇÃO PREVIDENCIÁRIA. SÚMULA 111 DO STJ. VERBETE QUE CONTINUA APLICÁVEL APÓS A VIGÊNCIA DO CPC/2015. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA. REVISÃO DO PERCENTUAL APLICADO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7 DO STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Não cabe ao STJ a análise de suposta violação de dispositivos constitucionais, por ser competência exclusiva do STF, conforme art. 102, III, da CF.

2. A ausência de indicação do dispositivo de lei federal supostamente violado impede a exata compreensão da controvérsia e obsta o conhecimento do recurso especial (Súmula n. 284/STF).

3. A decisão agravada aplicou corretamente a Súmula 83 do STJ, que impede o conhecimento do recurso especial quando o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência do Tribunal em relação à incidência dos juros de mora de acordo com o Tema 96 do STF, bem como em relação aos juros de mora, que devem continuar a observar a remuneração oficial da caderneta de poupança (art. 1º-F da Lei n. 9.494/1997, com redação dada pela Lei n. 11.960/2009).

4. Inexiste interesse em recorrer quando a pretensão recursal já está amparada pelo acórdão recorrido em relação à fixação do termo inicial na data do requerimento administrativo, em 12/11/1998.

5. De acordo com o entendimento firmado no REsp n. 1.880.529/SP, "Continua eficaz e aplicável o conteúdo da Súmula 111/STJ (modificado em 2006), mesmo após a vigência do CPC/2015, no que tange à fixação de honorários advocatícios" (REsp n. 1.880.529/SP, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Seção, julgado em 8/3/2023, DJe de 27/3/2023.).

6. "É assente no STJ que a modificação do valor da verba honorária fixado pelas instâncias de origem esbarra no óbice da Súmula 7/STJ ('A pretensão de simples reexame de prova não enseja Recurso Especial'), o qual somente é relativizado em situações excepcionais, que se configuram quando os honorários são estabelecidos em montantes irrisórios ou exorbitantes, que não é o caso dos autos' (AgInt no AREsp n. 2.430.361/SP, relator Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 29/4/2024, DJe de 3/5/2024).

7. Agravo interno desprovido."

(AgInt no AREsp n. 2.590.734/SP, relator Ministro Gurgel de Faria, Primeira Turma, julgado em 12/8/2025, DJEN de 21/8/2025.)

Não bastasse, não se pode deixar de relembrar, por oportuno, que, em se tratando de causa relacionada à garantia do direito à saúde, cujo valor material é inestimável, a fixação dos honorários deve-se dar na forma do § 8º do art. 85 do CPC (apreciação equitativa), conforme recentemente decidido pelo Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema Repetitivo 1.313 (REsp 2.169.102/AL, Relatora Ministra Maria Thereza de Assis Moura, Primeira Seção, julgado em 11/6/2025, DJEN de 16/6/2025).

Por fim, se na análise do recurso especial for afastada violação à lei federal, por conseguinte, fica prejudicada a análise da alegação de divergência jurisprudencial. A propósito:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO INTERNO. MANDADO DE SEGURANÇA. VIOLAÇÃO DOS ARTS. 489 E 1.022 DO CPC/2015. NÃO OCORRÊNCIA. VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. NÃO ENQUADRAMENTO NO CONCEITO DE LEI FEDERAL. FUNDAMENTAÇÃO. DEFICIENTE. SÚMULA 284 DO STF. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL PREJUDICADO. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Inexiste a alegada violação dos arts. 489 e 1.022 do CPC/2015, pois a prestação jurisdicional foi dada na medida da pretensão deduzida, conforme se depreende da análise do acórdão recorrido. O Tribunal de origem apreciou fundamentadamente a controvérsia, não padecendo o julgado de nenhum erro, omissão, contradição ou obscuridade. Observe-se, ademais, que julgamento diverso do pretendido, como na espécie, não implica ofensa aos dispositivos de lei invocados.

2. Quanto à alegada violação a dispositivos da Resolução 288/1983, registro que, consoante pacífica jurisprudência desta Corte Superior, o conceito de tratado ou lei federal, inserto no art. 105, inciso III, alínea a, da CF/1988, deve ser considerado em seu sentido estrito, sendo inadmissível o recurso especial que aponte como violado o aludido ato normativo.

3. No que diz respeito à suscitada ofensa ao art. 27 da Lei 5.194/1966, incide no caso o óbice da Súmula 284/STF uma vez que a parte agravante não demonstrou, de forma clara, direta e particularizada, como o acórdão recorrido havia violado o dispositivo de lei federal, o que atrai, por conseguinte, a aplicação do referido enunciado da Súmula do STF ("é inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia").

4. É pacífico o entendimento desta Corte Superior de que os mesmos óbices impostos à admissão do recurso pela alínea a do permissivo constitucional impedem a análise recursal pela alínea c, ficando prejudicada a apreciação do dissídio jurisprudencial referente ao mesmo dispositivo de lei federal apontado como violado ou à tese jurídica.

5. Agravo interno a que se nega provimento.

*(AgInt no AREsp n. 2049353/MG, relator Ministro **Paulo Sérgio Domingues**, Primeira Turma, julgado em 27/3/2023, DJEN de 04/4/2023) Grifo nosso*

Diante do exposto, o recurso de agravo deve ser conhecido para se negar provimento ao recurso especial.

Considerando que a decisão recorrida foi publicada sob a égide do CPC/2015, que o recurso foi integralmente desprovido e que houve condenação em honorários advocatícios desde a origem no feito em que interposto o recurso, majora-se a verba honorária fixada em desfavor da parte recorrente de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para R\$ 4.400,00 (quatro mil e quatrocentos reais).

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

**AREsp 2.597.785 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0070006-8

Número de Origem:

10401801920218260224 20230000665955 22716202520218260000

Sessão Virtual de 09/12/2025 a 16/12/2025

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 : ITALO MARQUES DE SOUZA

ADVOGADA : RAPHAELLA ARANTES ARIMURA - SP361873

AGRAVADO : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

OUTRO : AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA.
NOME

ADVOGADO : MARCO ANDRÉ HONDA FLORES - MS006171

INTERES. : IGOR MARQUES DE SOUZA

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 09/12/2025 a 16/12/2025, 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, 16 de dezembro de 2025