



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2814066 - SP(2024/0475020-7)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : A A M I S
ADVOGADO : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
AGRAVADO : R A D A S J
ADVOGADA : SILVIA CRISTINA RODRIGUES CONTI - SP359606

EMENTA

PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM DANOS MORAIS. TRANSPLANTE CARDÍACO INDICADO EM UTI. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. ROL DA RESPOSTA. ART. 35-C DA LEI 9.656/1998. COBERTURA OBRIGATÓRIA. REEMBOLSO/CUSTEIO FORA DA REDE. DISTINÇÃO ENTRE REGRA DO ART. 12, VI, DA LEI 9.656/1998 E INEXECUÇÃO CONTRATUAL POR AUSÊNCIA DE REDE APTA. ASTREINTES. CABIMENTO E ADEQUAÇÃO. ÓBICES SUMULARES. SÚMULAS 5, 7 E 83/STJ; 182, 282 E 284/STF. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO PARCIALMENTE E, NESSA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO.

1. Trata-se de agravo em recurso especial, em demanda de obrigação de fazer cumulada com danos morais, na qual se discute a cobertura integral de transplante cardíaco, exames e materiais correlatos, em contexto de internação em UTI e risco iminente de morte, bem como a admissibilidade e o mérito do recurso especial quanto à natureza do rol da ANS, ao reembolso/custeio fora da rede credenciada e à adequação das astreintes.

2. O objetivo recursal é decidir se (i) o agravo supera os óbices sumulares opostos na decisão de inadmissibilidade do especial; (ii) houve violação dos arts. 10, *caput*, § 4º, e 12, VI, da Lei 9.656/1998, dos arts. 421 e 884 do Código Civil e dos arts. 537, § 1º, e 927 do Código de Processo Civil, quanto ao custeio fora da rede e à multa cominatória; (iii) é possível revisar as conclusões do acórdão estadual sem incursão nas Súmulas 5 e 7/STJ.

3. A cobertura obrigatória nas hipóteses de urgência/emergência

decorre do art. 35-C da Lei 9.656/1998 e se aplica quando caracterizado risco imediato de vida, segundo indicação médica; nessa moldura, a discussão sobre a natureza do rol da ANS não afasta o dever de custeio do tratamento essencial prescrito para doença coberta.

4. O reembolso limitado aos valores da tabela do plano, previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, distingue-se das hipóteses de inexecução contratual por ausência ou insuficiência técnica da rede credenciada; reconhecida a inexistência de corpo clínico apto para o procedimento indispensável, prevalece o custeio integral for a da rede por falha da operadora, sendo inviável, em recurso especial, a revisão das premissas fáticas à luz das Súmulas 5, 7 e 83/STJ.

5. As astreintes possuem natureza coercitiva e incidem apenas em caso de descumprimento; sua fixação preventiva, com possibilidade de modulação pelo juízo de origem nos termos do art. 537, § 1º, do CPC, afasta a alegação genérica de desproporcionalidade e de enriquecimento sem causa, não se justificando revisão em esfera especial sem demonstração de exorbitância, em razão da Súmula 7/STJ.

6. Agravo conhecido. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, não provido.

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 03/02/2026 a 09/02/2026, por unanimidade, conhecer parcialmente do recurso, mas lhe negar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Os Srs. Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrichi, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 11 de fevereiro de 2026.

Ministro MOURA RIBEIRO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2814066 - SP (2024/0475020-7)

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
AGRAVANTE : A A M I S
ADVOGADO : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
AGRAVADO : R A D A S J
ADVOGADA : SILVIA CRISTINA RODRIGUES CONTI - SP359606

EMENTA

PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM DANOS MORAIS. TRANSPLANTE CARDÍACO INDICADO EM UTI. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. ROL DA RESPOSTA. ART. 35 -C DA LEI 9.656/1998. COBERTURA OBRIGATÓRIA. REEMBOLSO/CUSTEIO FORA DA REDE. DISTINÇÃO ENTRE REGRA DO ART. 12, VI, DA LEI 9.656/1998 E INEXECUÇÃO CONTRATUAL POR AUSÊNCIA DE REDE APTA. ASTREINTES. CABIMENTO E ADEQUAÇÃO. ÓBICES SUMULARES. SÚMULAS 5, 7 E 83/STJ; 182, 282 E 284/STF. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO PARCIALMENTE E, NESSA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO.

1. Trata-se de agravo em recurso especial, em demanda de obrigação de fazer cumulada com danos morais, na qual se discute a cobertura integral de transplante cardíaco, exames e materiais correlatos, em contexto de internação em UTI e risco iminente de morte, bem como a admissibilidade e o mérito do recurso especial quanto à natureza do rol da ANS, ao reembolso/custeio for a da rede credenciada e à adequação das astreintes.

2. O objetivo recursal é decidir se (i) o agravo supera os óbices sumulares opostos na decisão de inadmissibilidade do especial; (ii) houve violação dos arts. 10, *caput*, § 4º, e 12, VI, da Lei 9.656/1998, dos arts. 421 e 884 do Código Civil e dos arts. 537, § 1º, e 927 do Código de Processo Civil, quanto ao custeio fora da rede e à multa cominatória; (iii) é possível revisar as conclusões do acórdão estadual sem incursão nas

Súmulas 5 e 7/STJ.

3. A cobertura obrigatória nas hipóteses de urgência/emergência decorre do art. 35-C da Lei 9.656/1998 e se aplica quando caracterizado risco imediato de vida, segundo indicação médica; nessa moldura, a discussão sobre a natureza do rol da ANS não afasta o dever de custeio do tratamento essencial prescrito para doença coberta.

4. O reembolso limitado aos valores da tabela do plano, previsto no art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, distingue-se das hipóteses de inexecução contratual por ausência ou insuficiência técnica da rede credenciada; reconhecida a inexistência de corpo clínico apto para o procedimento indispensável, prevalece o custeio integral for a da rede por falha da operadora, sendo inviável, em recurso especial, a revisão das premissas fáticas à luz das Súmulas 5, 7 e 83/STJ.

5. As astreintes possuem natureza coercitiva e incidem apenas em caso de descumprimento; sua fixação preventiva, com possibilidade de modulação pelo juízo de origem nos termos do art. 537, § 1º, do CPC, afasta a alegação genérica de desproporcionalidade e de enriquecimento sem causa, não se justificando revisão em esfera especial sem demonstração de exorbitância, em razão da Súmula 7/STJ.

6. Agravo conhecido. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, não provido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por A. A. M. I. S. contra decisão que inadmitiu seu apelo nobre manejado com fundamento no art. 105, III, alínea a , da Constituição Federal contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, de relatoria do desembargador José Carlos Costa Netto, assim ementado:

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA. Sentença que julgou procedentes os pedidos. Insurgência da ré. Transplante de coração. Internação de urgência. Liminar deferida. Astreintes devida, cuja incidência se verificará por ocasião de eventual descumprimento da ordem judicial. Doença cardíaca prevista em contrato – Prescrição médica expressa com risco de morte que impede a transferência do paciente. Ausência de provas de que dentro da rede credenciada havia corpo clínico qualificado para a realização cirurgia de evidente risco. Custeio devido. Valor da causa atribuído por estimativa diante da dificuldade de se verificar o proveito econômico. Dano moral, contudo, não caracterizado. Precedentes desta C. 6ª Câmara de Direito Privado. Recurso parcialmente provido. (e-STJ, fls. 538)

Os embargos de declaração de A. A. M. I. S. foram rejeitados (e-STJ, fls. 579-583).

Nas razões do agravo, A. A. M. I. S. apontou (1) deficiência da decisão de inadmissibilidade por adentrar o mérito quanto à alegada ausência de violação de lei federal, sustentando que tal aferição compete ao Superior Tribunal de Justiça, e não à Presidência do Tribunal estadual, à luz do art. 105, III, *a*, da Constituição Federal (e-STJ, fls. 1.058-1.060); (2) inaplicabilidade das Súmulas 5 e 7/STJ, porquanto a controvérsia, segundo afirma, demanda exclusivamente interpretação de dispositivos federais (Lei 9.656/1998, Código Civil e Código de Processo Civil), e não reexame de prova ou de cláusulas contratuais (e-STJ, fls. 1.060/1.061); (3) demonstração específica de ofensa aos arts. 10, *caput*, § 4º, e 12, VI, da Lei 9.656/1998; art. 421 e 884 do Código Civil; e arts. 537, § 1º, e 927 do Código de Processo Civil, inclusive com indicação de precedentes e da EC 125/2022 quanto à relevância (e-STJ, fls. 1.059-1.061); (4) superação dos óbices sumulares invocados, com pedido de destrancamento do especial e análise de mérito, para reconhecer a validade da negativa de cobertura fora do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), limitar reembolsos e reduzir astreintes (e-STJ, fls. 1.058-1.061).

Houve apresentação de contraminuta por R. A. DA S. J., defendendo que se mantenha a decisão que inadmitiu o recurso especial, sob os fundamentos de ausência de demonstração específica de ofensa a lei federal, necessidade de reexame de fatos e cláusulas, e correção do juízo de admissibilidade exercido pela Presidência do Tribunal estadual (e-STJ, fls. 1.099-1.101).

É o relatório.

VOTO

O agravo é espécie recursal cabível, foi interposto tempestivamente e com impugnação adequada aos fundamentos da decisão recorrida.

CONHEÇO, portanto, do agravo e passo ao exame do recurso especial, que não merece prosperar.

Trata-se de recurso especial interposto por A. A. M. I. S., com fundamento no art. 105, III, alínea *a*, da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (e-STJ, fls. 586-601).

Nas razões de seu apelo nobre, A. A. M. I. S. apontou (1) natureza jurídica taxativa do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e violação dos arts. 10, *caput* e § 4º, da Lei 9.656/1998, 421 do Código Civil e 927 do Código de Processo Civil,

sustentando que o Judiciário não pode ampliar cobertura para transplante não constante do rol vigente à época, citando também a EC 125/2022 quanto à relevância (e-STJ, fls. 588-593); **(2)** limitação do reembolso/custeio de despesas realizadas fora da rede credenciada aos limites contratuais, nos termos do art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, e precedentes da Segunda Seção, com exigência de observância à tabela do plano e do procedimento administrativo de reembolso (e-STJ, fls. 594-596); **(3)** desproporcionalidade das astreintes arbitradas, com transmutação indevida da natureza coercitiva para ressarcitória, e necessidade de redução ou exclusão à luz dos arts. 537, § 1º, do Código de Processo Civil e 884 do Código Civil, segundo parâmetros de razoabilidade e proporcionalidade (e-STJ, fls. 596-600).

Houve apresentação de contrarrazões por R. A. DA S. J., defendendo a manutenção do acórdão recorrido, afirmando que (i) a negativa de cobertura afronta o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/1990), as exigências da Lei 9.656/1998 e o direito à saúde; (ii) em situação de urgência/emergência, o tratamento fora da rede credenciada enseja reembolso e custeio, ao menos nos limites contratuais, e que, no caso, é devido o custeio integral diante do risco de morte e da inexistência comprovada de corpo clínico qualificado na rede; (iii) as astreintes fixadas são adequadas e não foram arbitradas como multa diária de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), mas limitadas, com finalidade coercitiva (e-STJ, fls. 622-634).

De acordo com a moldura fática dos autos, o caso cuida de ação de obrigação de fazer, cumulada com pedido de tutela de urgência e indenização por danos morais, proposta por R. A. DA S. J., beneficiário de plano de saúde, em face da A. A. M. I. S., visando à cobertura integral de transplante cardíaco, exames e materiais relacionados, em contexto de internação em unidade de terapia intensiva e risco iminente de morte.

O Juízo de primeira instância julgou procedentes os pedidos, confirmando a tutela e condenando a A. A. M. I. S. a dar cobertura integral, com fundamento, entre outros, na obrigatoriedade de cobertura em casos emergenciais prevista no art. 35-C, I, da Lei 9.656/1998, e reconhecendo abusividade da negativa baseada em rol da ANS e cláusulas contratuais de exclusão (e-STJ, fls. 404-409).

O Tribunal estadual, ao julgar a apelação, deu parcial provimento apenas para excluir a condenação por dano moral, mantendo o custeio devido ao quadro de urgência, a prescrição médica, a previsão contratual de cobertura de doenças cardíacas e a ausência de demonstração de corpo clínico qualificado na rede credenciada, assentando a adequação de astreintes e a correção do valor da causa por estimativa (e-STJ, fls. 538-546).

Os embargos de declaração foram rejeitados (e-STJ, fls. 579-583). No recurso especial, a A. A. M. I. S. alegou violação dos arts. 10, *caput*, § 4º, e 12, VI, da Lei 9.656/1998, arts. 421 e 884 do Código Civil e arts. 537, § 1º, e 927 do Código de

Processo Civil, defendendo a taxatividade do rol da ANS, a limitação de reembolso e a redução das astreintes, enquanto R. A. DA S. J. sustentou a manutenção do acórdão sob enfoque consumerista e de urgência/emergência.

A Presidência do Tribunal estadual inadmitiu o especial por incidência das Súmulas 5 e 7/STJ e deficiência argumentativa, tendo sido interposto o agravo em recurso especial que ora se relata (e-STJ, fls. 635/636; 1.056-1.062; 1.099-1.101).

Trata-se, portanto, de discussão, em agravo em recurso especial e recurso especial, sobre a manutenção do acórdão que determinou o custeio integral de transplante cardíaco e correlatos, em contexto de urgência, por operadora de plano de saúde, e sobre a admissibilidade e o mérito do apelo nobre à luz de óbices sumulares e da legislação federal invocada.

O objetivo recursal é decidir se (i) o agravo em recurso especial supera os óbices sumulares invocados na decisão de inadmissibilidade para destrancar o especial; (ii) houve violação dos arts. 10, *caput*, § 4º, e 12, VI, da Lei 9.656/1998, do art. 421 e 884 do Código Civil e dos arts. 537, § 1º, e 927 do Código de Processo Civil, na manutenção do custeio do transplante cardíaco fora da rede credenciada e na fixação de astreintes; (iii) é possível, à luz da moldura fática reconhecida, revisar a conclusão do Tribunal estadual sem incursão nas Súmulas 5 e 7/STJ.

1) Da natureza jurídica do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS e violação dos arts. 10, *caput*, § 4º, da Lei 9.656/1998, 421 do Código Civil e 927 do Código de Processo Civil

A. A. M. I. S. sustentou a natureza jurídica taxativa do rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, afirmando que o Poder Judiciário não poderia ampliar a cobertura para transplante cardíaco não constante do rol vigente à época dos fatos. Para tanto, articulou violação dos arts. 10, *caput*, § 4º, da Lei nº 9.656/1998, do art. 421 do Código Civil e do art. 927 do Código de Processo Civil, argumentando que a lei fixou a referência mínima de cobertura e delegou a ANS a definição da amplitude das coberturas, inclusive transplantes, por meio de rol normativo, o qual deveria ser observado pelas operadoras e pelos tribunais; que a liberdade contratual, nos limites da função social do contrato, permite excluir procedimentos fora do rol; e que os precedentes obrigatórios do Superior Tribunal de Justiça – citados na peça – impõem observância ao entendimento de rol taxativo, não cabendo ao Judiciário ampliar cobertura sob pretexto de tutela à saúde.

Ainda, invocou a Emenda Constitucional nº 125/2022 para demonstrar a relevância das questões federais tratadas no recurso especial, asseverando que o

acórdão recorrido desconsiderou a orientação jurisprudencial dominante quanto ao caráter vinculante do rol e ao respeito à repartição de competências entre a regulação e o controle judicial, razão pela qual pediu o reconhecimento da relevância e o provimento do apelo (e-STJ, fls. 588-593).

Contudo, o acórdão recorrido não ampliou indevidamente cobertura nem afrontou à legislação invocada. O Tribunal estadual assentou, com base no Código de Defesa do Consumidor e na moldura fática reconhecida, que havia cobertura para doença cardíaca, prescrição médica expressa com risco de morte e ausência de prova de corpo clínico qualificado na rede credenciada, o que impõe o custeio diante da urgência, sem que se trate de simples expansão do rol (e-STJ, fls. 538-546).

A sentença, por sua vez, confirmou a tutela e determinou a cobertura integral à luz do art. 35-C, I, da Lei 9.656/1998, que torna obrigatória a cobertura em casos de emergência, caracterizados por risco imediato de vida, segundo declaração médica (e-STJ, fls. 408/409).

Nessa perspectiva, a tese de rol taxativo não supera o núcleo decisório formado pela urgência/emergência e pela inexistência de rede apta, nem demonstra contrariedade específica aos arts. 10, *caput*, § 4º, da Lei 9.656/1998, 421 do Código Civil e 927 do Código de Processo Civil.

A invocação da Emenda Constitucional nº 125/2022, ademais, apenas trata de requisito de relevância do recurso especial, não afastando os fundamentos do acórdão.

Também não procede a assertiva de que precedentes obrigatórios impediriam a solução adotada, pois o julgado estadual aplicou o regime consumerista e a regra de cobertura obrigatória em emergência, baseando-se em elementos fáticos e contratuais já definidos nos autos (e-STJ, fls. 540-545).

No contexto delineado pelo Tribunal de origem, não se constatou violação dos arts. 10, *caput*, § 4º, da Lei 9.656/1998, 421 do Código Civil e 927 do Código de Processo Civil. A solução adotada não se sustentou em ampliação indevida do rol de procedimentos da ANS, mas sim na aplicação direta do art. 35-C, I, da Lei 9.656/1998, que impõe a cobertura obrigatória em situações de emergência, com risco imediato de vida, premissa fática expressamente reconhecida no acórdão.

O STJ já pacificou que em casos de urgência e emergência, a recusa de cobertura por parte da operadora de plano de saúde, quando o tratamento é essencial para garantir a saúde e a vida do paciente, é considerada abusiva, ainda que o procedimento não esteja expressamente previsto no rol da ANS.

Observe-se:

*AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA DE DOENÇA GRAVE. PERÍODO DE CARÊNCIA . CLÁUSULA ABUSIVA. DANO MORAL CONFIGURADO. AGRAVO INTERNO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1 . A jurisprudência desta Corte é no sentido de que o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. **No entanto, nas hipóteses em que há recusa de cobertura por parte da operadora do plano de saúde para tratamento de urgência ou emergência, segundo entendimento jurisprudencial desta Corte, há configuração de danos morais indenizáveis.** 2. Agravo interno a que se nega provimento.*

(Aglnt no REsp 1.838.679/SP, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, Julgamento: 3/3/2020, QUARTA TURMA, DJe 25/3/2020)

A conclusão do Tribunal estadual apoiou-se, ainda, na inexistência comprovada de corpo clínico qualificado na rede credenciada para realizar o transplante, circunstância que, segundo a jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça, impõe ao plano de saúde o dever de custear o procedimento indicado pelo médico assistente.

A superveniência da Lei nº 14.454/2022, que alterou o art. 10, § 13, da Lei nº 9.656/1998, representou uma resposta legislativa direta à tese do rol taxativo que havia sido firmada pela Segunda Seção do STJ (nos EAREsp 1.886.929/SP e 1.889.704 /SP).

O STJ, em seus julgados posteriores, passou a aplicar a nova lei, reconhecendo que ela estabeleceu a natureza exemplificativa do rol como regra geral. Com isso, a tese da operadora de saúde, baseada na taxatividade estrita, tornou-se juridicamente superada.

Mais importante ainda, a nova legislação reforçou o que a jurisprudência já vinha sinalizando: a discussão sobre o rol da ANS é secundária ou mesmo irrelevante quando a lei impõe a cobertura por outros fundamentos, como é o caso da obrigatoriedade de atendimento em situações de urgência e emergência (art. 35-C da Lei nº 9.656/1998) .

Nesse sentido, confira-se:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AFRONTA AOS ARTS. 489 E 1 .022 DO CPC/2015. FUNDAMENTAÇÃO RECURSAL DEFICIENTE. SÚMULA N. 284/STF . CITAÇÃO DE ARTIGOS. SÚMULA N. 284/STF. DECISÃO AGRAVADA . FUNDAMENTOS. IMPUGNAÇÃO. AUSÊNCIA. SÚMULA N . 182/STJ. PLANO DE SAÚDE. CÂNCER. CIRURGIA . NATUREZA DO ROL DA ANS. IRRELEVÂNCIA. CUSTEIO. POSSIBILIDADE . ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA

CORTE. SÚMULA N. 83/STJ. REEMBOLSO INTEGRAL . SÚMULA N. 83/STJ. DECISÃO MANTIDA. 1 . Conforme o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, é deficiente a fundamentação recursal que alega ofensa ao art. 1.022 do CPC/2015, de forma genérica, sem apontar claramente os supostos vícios de fundamentação existentes no aresto impugnado. Precedentes . 2. É "impossível o conhecimento do recurso pela alínea 'a', já que citação de passagem de artigos de lei não é suficiente para caracterizar e demonstrar a contrariedade a lei federal, posto ser impossível identificar se o foram citados meramente a título argumentativo ou invocados como núcleo do recurso especial interposto" (REsp n. 1.853 .462/GO, Relator Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 24/11/2020, DJe 4/12/2020) , o que ocorreu. 3. É inviável o agravo previsto no art. 1 .021 do CPC/2015 que deixa de atacar especificamente os fundamentos da decisão agravada (Súmula n. 182/STJ). 4. **Para a jurisprudência do STJ, no caso de tratamento oncológico, há apenas uma diretriz na resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para o custeio de medicamentos, motivo pelo qual é irrelevante a discussão da natureza taxativa ou exemplificativa do rol de procedimentos da mencionada agência reguladora . Precedentes.** 5. Os planos de saúde possuem o dever de cobertura de procedimentos e exames integrantes do tratamento oncológico. Precedentes .5.1. O Tribunal de origem determinou o custeio, pelo plano de saúde, da cirurgia integrante do tratamento de câncer da parte agravada (prostatectomia robótica), conforme a prescrição médica, o que não destoava do entendimento desta Corte Superior. 6 . **Inadmissível o recurso especial quando o entendimento adotado pelo Tribunal de origem coincide com a jurisprudência do STJ (Súmula n. 83/STJ).** 7. **O usuário faz jus ao reembolso integral das despesas médicas, quando comprovado o inadimplemento contratual do plano de saúde relativo à recusa do custeio do tratamento prescrito pelo médico assistente . Precedentes.**7.1. A Corte local condenou a empresa agravante ao reembolso integral das despesas médicas, ante sua recusa indevida da cobertura médica . Caso de aplicação da Súmula n. 83/STJ. 8. Agravo interno parcialmente conhecido e, na parte conhecida, desprovido. (AgInt no REsp 2.108.528/SP, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Julgamento: 12/8/2024, QUARTA TURMA, DJe 15/8/2024 – sem destaques no original)

A invocação da tese do rol taxativo pela operadora, além de contrariar a legislação vigente (Lei nº 14.454/2022), mostra-se especialmente inadequada no caso concreto, em que o acórdão recorrido se fundamentou na obrigatoriedade de cobertura de emergência (art. 35-C) e na falha da operadora em prover rede apta.

A reversão desse entendimento exigiria a revisão das conclusões fáticas de urgência, risco de morte, abrangência contratual da doença e ausência de rede apta, o que demandaria incursão no acervo probatório e interpretação das cláusulas do contrato, providências obstadas pelas Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.

Assim, a tese recursal relativa à natureza taxativa do rol não se mostra apta a infirmar o acórdão recorrido, inexistindo afronta aos dispositivos federais indicados pela A. A. M. I. S.

(2) Da aplicação do art. 12, VI, da Lei 9.656/1998, e precedentes da Segunda Seção

No ponto relativo ao reembolso/custeio de despesas realizadas fora da rede credenciada, A. A. M. I. S. alegou que o acórdão estadual contrariou o art. 12, VI, da Lei nº 9.656/1998, segundo o qual o reembolso, em hipóteses excepcionais de urgência ou emergência e impossibilidade de utilização da rede própria, deve ocorrer nos limites das obrigações contratuais e de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, mediante procedimento administrativo com prazo de 30 dias após a entrega da documentação adequada.

A. A. M. I. S. destacou precedentes da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça que condicionam o reembolso às hipóteses legais e o limitam à tabela do plano, reforçando que, mesmo em situações emergenciais, não há direito a custeio integral sem observância da tabela contratual e da via administrativa de reembolso estabelecida pela regulação (e-STJ, fls. 594-596).

Entretanto, a argumentação de A. A. M. I. S. não evidencia contrariedade ao dispositivo.

O acórdão estabeleceu o custeio por parte da operadora em virtude da internação de urgência, do risco de morte e da inexistência de comprovação de corpo clínico qualificado na rede credenciada para o transplante, determinando a cobertura do tratamento prescrito, que não se confunde com mero reembolso administrativo após atendimento fora da rede (e-STJ, fls. 538-546).

O fundamento foi claro: situação de emergência e impedimento de transferência do paciente, com prescrição médica e doença coberta, o que atrai o regime de cobertura, e não apenas a restituição a posteriori (e-STJ, fls. 538-544).

Em hipóteses de urgência/emergência e impossibilidade de uso da rede, há dever de reembolsar, ao menos nos limites contratuais, e as cláusulas que inviabilizam o custeio em tais situações são abusivas, na linha do art. 12, VI, da Lei 9.656/1998 e do

CDC. Logo, não há violação do art. 12, VI; há, sim, aplicação compatível com a urgência e com a ausência de rede apta, que justificou o custeio direto, segundo a decisão estadual.

O ponto central reside na distinção entre o reembolso previsto no art. 12, VI, da Lei 9656 de 1998, aplicável quando há rede credenciada apta e o beneficiário opta voluntariamente por prestador particular, hipótese em que o ressarcimento se limita aos valores da tabela do plano, e a situação diversa em que se caracteriza inadimplemento contratual da operadora por ausência de profissional ou estabelecimento qualificado na rede para realizar procedimento coberto, especialmente em contexto de urgência ou emergência.

Nesta segunda hipótese, consolidada na jurisprudência desta Corte, não há falar em reembolso limitado, mas em custeio integral do tratamento fora da rede como consequência direta da falha da operadora em fornecer o serviço contratado. Foi exatamente essa a moldura fática reconhecida no acórdão estadual, que não tratou de restituição administrativa posterior, mas da imposição de cobertura integral diante da inexistência, na rede credenciada, de equipe apta a executar o procedimento indispensável à preservação da vida do beneficiário.

Observem-se os seguintes precedentes:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CONTRATO. HIPÓTESE DE URGÊNCIA E INSUFICIÊNCIA TÉCNICA DA REDE CREDENCIADA . PARTICULARIDADES DO CASO. PACIENTE INCONSCIENTE E INTERNADO EM UTI. REEMBOLSO INTEGRAL DEVIDO. REEXAME DE FATOS E PROVAS . SÚMULA 7 DO STJ. 1. Consoante a jurisprudência do STJ, "o reembolso das despesas médico-hospitalares efetuadas pelo beneficiário com tratamento/atendimento de saúde fora da rede credenciada pode ser admitido somente em hipóteses excepcionais, tais como a inexistência ou insuficiência de estabelecimento ou profissional credenciado no local e urgência ou emergência do procedimento" (EAREsp 1.459 .849/ES, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, j. em 14/10/2020, DJe de 17/12/2020). **2 . O Tribunal de origem, observando as circunstâncias do caso concreto, decidiu que em razão do grave estado de saúde do paciente e a insuficiência de recursos da rede credenciada, a operadora do plano de saúde deve arcar com o custeio integral do tratamento do beneficiário fora da área de cobertura contratual. Nesse contexto, a pretensão de modificar o entendimento firmado demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório, o que é inviável em sede de recurso especial, nos termos da Súmula 7 do STJ.** 3. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 1.866.574/SP, Julgamento: 27/6/2022, TERCEIRA TURMA, DJe 29/6/2022 – sem destaques no original)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE . EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. DEVER DE COBERTURA . INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE PRESTADOR DA REDE CREDENCIADA. OBRIGAÇÃO DE REEMBOLSO DA OPERADORA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. VALOR FIXADO . REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. 1. Ação de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais . 2. Ausentes os vícios do art. 1.022 do CPC, rejeitam-se os embargos de declaração . 3. **Na hipótese em que a operadora do plano de saúde se omite em indicar prestador da rede credenciada apto a realizar o atendimento do beneficiário, este faz jus ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, em razão da inexecução contratual.** Precedentes. 4 . Hipótese em que se reputa abusiva a recusa da operadora do plano de saúde de cobertura do procedimento médico prescrito para o tratamento da doença que acometeu o menor beneficiário, recusa essa que, por causar o agravamento da situação de angústia e a piora do seu estado de saúde, configura dano moral. 5. A revisão da compensação por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Salvo essas hipóteses, incide a Súmula 7/STJ, impedindo o conhecimento do recurso . 6. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp 2.396.847/RJ, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Julgamento: 18/12/2023, TERCEIRA TURMA, DJe 20/12/2023 – sem destaques no original)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE . INTERNAÇÃO DOMICILIAR SUBSTITUTIVA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR. COBERTURA OBRIGATÓRIA. REEMBOLSO INTEGRAL. EXCEPCIONALIDADE . CABIMENTO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. PREQUESTIONAMENTO . AUSÊNCIA. SÚMULA 282/STF. DANOS MORAIS. REVISÃO DE VALOR . SÚMULA 7/STJ. 1. Ação de obrigação de fazer cumulada com compensação por danos morais, ajuizada em razão de negativa de custeio de internação domiciliar "home care". 2 . Nos termos da jurisprudência desta Corte, é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar. Precedentes. 3. **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, e, nessas circunstâncias, poderá ser limitado aos preços e às tabelas efetivamente contratados com o plano de saúde . 4. Distinguem-se, da hipótese tratada na orientação jurisprudencial sobre o reembolso nos limites do contrato, as situações em que se caracteriza a inexecução do contrato pela operadora, causadora de danos materiais ao beneficiário, a ensejar o direito ao reembolso integral das despesas realizadas por este. Precedentes. 5 . O reexame de fatos e provas em recurso especial é inadmissível. 6. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial. 7 . A revisão da compensação por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Salvo essas hipóteses, incide a Súmula 7/STJ, impedindo o conhecimento do recurso. 8. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp 2.454.372/RN, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Julgamento: 26/2/2024, TERCEIRA TURMA, DJe 28/2/2024 – sem destaques no original)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM . 282/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. COBERTURA INTEGRAL DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO INCLUINDO INTERNAÇÃO . INÉRCIA DA OPERADORA EM INDICAR O PROFISSIONAL ASSISTENTE. TRATAMENTO REALIZADO FORA DA REDE CREDENCIADA ÀS CUSTAS DO USUÁRIO. COPARTICIPAÇÃO INDEVIDA. REEMBOLSO INTEGRAL . CUMPRIMENTO DA ORDEM JUDICIAL. IMPOSIÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE PAGAR. AFASTAMENTO DA MULTA ARBITRADA. 1 . Ação declaratória de obrigação de fazer ajuizada em 24/08/2021, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 22/03/2022 e concluso ao gabinete em 19/10/2022.2. O propósito recursal é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a validade da cláusula de coparticipação do beneficiário após o 30º dia de internação psiquiátrica fora da rede credenciada; (iii) a obrigação da operadora de reembolsar integralmente as despesas com internação psiquiátrica fora da rede credenciada; e (iv) a validade e a proporcionalidade das astreintes fixadas.3 . A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial (súm. 282/STF).4. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art . 1.022, II, do CPC/15.5. **Diferentemente da hipótese do Tema 1 .032/STJ, não há falar em coparticipação quando é o próprio usuário quem está arcando com as despesas de internação psiquiátrica fora da rede credenciada, ante a inércia da operadora em indicar o profissional assistente.6. A partir da interpretação dada pela Segunda Seção ao art. 12, VI, da Lei 9 .656/1998 e das normas editadas pela ANS, e considerando o cenário dos autos -**

sinalizando a omissão da operadora na indicação de prestador da rede credenciada -, faz jus o beneficiário ao reembolso integral das despesas assumidas com o tratamento de saúde que lhe foi prescrito pelo médico assistente, sob pena, inclusive, de a operadora incorrer em infração de natureza assistencial.⁷. Hipótese em que, seja pelo cumprimento da obrigação de fazer pela operadora, seja pelo deferimento do pagamento de reembolso integral (obrigação de pagar), deve ser afastada a multa arbitrada.¹⁰ . Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, parcialmente provido. (REsp 2.031.301/SP, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Julgamento: 7/11/2023, TERCEIRA TURMA, DJe 14/11/2023 – sem destaques no original)

Em outras palavras, o STJ estabelece que o reembolso limitado à tabela do plano é a regra geral, mas essa regra é afastada em situações excepcionais, como a inexistência ou insuficiência de prestadores na rede, configurando a falha da operadora.

A propósito:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA CONTRATUAL . SÚMULA 5/STJ. CIRURGIA INTRAUTERINA DE URGÊNCIA. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES REALIZADAS FORA DA REDE CREDENCIADA. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE PROFISSIONAIS HABILITADOS NO PLANO DE SAÚDE . REEMBOLSO INTEGRAL. RESTRIÇÃO A SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS. 1. Quanto à alegação de que não havia cobertura contratual para os tratamentos pleiteados, o Tribunal se manifestou no sentido de que o "procedimento prescrito à autora nada mais é do que um procedimento ligado a própria assistência pré-natal e assistência ao parto, cobertas pelo contrato (cláusula 7 .4, fls. 109/110)". Afastar o referido entendimento demandaria o reexame das cláusulas contratuais. Súmula 5/STJ . 2. **Eventual atendimento fora da rede credenciada deve ser reembolsado nos limites dos valores previstos na tabela da operadora. Contudo, em hipóteses excepcionais, esta Corte admite o reembolso integral das despesas realizadas em hospital não credenciado, como no caso em que o tratamento necessário ao paciente não é ofertado pelo plano de saúde em sua rede.** 3 . O Tribunal de origem, mediante análise das provas apresentadas no feito, concluiu, ainda, que a busca do tratamento fora das opções oferecidas pelo plano de saúde não foi mera escolha da paciente, e que a ré não logrou demonstrar que teria equipe e estabelecimento aptos a realizar o procedimento cirúrgico. 4. O acórdão recorrido merece ser mantido, pois acompanhou a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, a "partir do julgamento do EAREsp 1.459 .849/ES, pela Segunda Seção, prevalece o entendimento de que, configurada a excepcional situação de emergência ou de urgência, sempre que inviabilizada pelas circunstâncias a utilização da rede própria ou contratada, como ocorreu no particular, cabe à operadora reembolsar o beneficiário pelos custos

das despesas médicas realizadas, observados, no mínimo, os preços praticados pelo respectivo produto à data do evento" (AgInt no REsp n. 1.926.808/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 21/2/2022, DJe de 24/2/2022) .Agravos internos improvidos.

(AgInt no REsp 1.959.248/SP, Relator.: Ministro HUMBERTO MARTINS, Julgamento: 9/9/2024, TERCEIRA TURMA, DJe 11/9/2024 – sem destaques no original)

No mais, a conclusão do Tribunal de origem de que não havia corpo clínico qualificado na rede credenciada é uma premissa fática. A tentativa da operadora de reverter essa conclusão em recurso especial para fazer incidir a regra do reembolso limitado (art. 12, VI) encontra óbice intransponível nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

Confirmam-se:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA PARTE DEMANDADA. 1. A Corte de origem manifestou-se expressamente acerca dos temas necessários à solução da controvérsia, de modo que, ausente qualquer omissão, contradição ou obscuridade, não se verifica a ofensa ao artigo 1.022 do CPC. 2. Segundo a jurisprudência desta Corte Superior, 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. Incidência da Súmula 83/STJ. 2.1. Rever a conclusão das instâncias ordinárias, no sentido de que, "não dispondo a apelante de capacidade técnica e estrutural para atender satisfatoriamente as necessidades da parte autora especificadas nos autos, era mesmo de rigor a cobertura integral pretendida", demandaria, inevitavelmente, o reexame de matéria fática, providência inviável nesta sede especial, a teor do enunciado da Súmula 7/STJ. 3. A revisão da conclusão do Tribunal de origem, acerca do dever de reparação civil do dano moral, bem como da adequação do valor da indenização, exige a incursão na seara probatória dos autos, o que não é permitido nesta instância especial, nos termos da Súmula 7 do STJ. 4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 2.599.689/SP, Relator.: Ministro MARCO BUZZI, Julgamento: 19/8/2024, QUARTA TURMA, DJe 22/8/2024 – sem destaques no original)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL NÃO ABRANGIDO PELA REDE CREDENCIADA. NEGATIVA DE COBERTURA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. INCIDÊNCIA DA SÚMULAS 282 E 356 DO STF. REINTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E

REEXAME DE FATOS E PROVAS. INVIABILIDADE . SÚMULA 5 E 7 DO STJ. NÃO PROVIMENTO. 1. *A ausência de prequestionamento de dispositivos legais tidos por violados impede o conhecimento do recurso especial . Incidência das Súmulas nº 282 e 356 do STF.* 2. **Não é cabível, em recurso especial, a reinterpretação de cláusulas contratuais nem o reexame de matéria fático-probatória.Incidência das Súmulas 5 e 7/STJ** . 3. *Agravo interno a que se nega provimento.* (AgInt no AREsp 1.277.495/SP, Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Julgamento: 28/3/2019, QUARTA TURMA, DJe 3/4/2019 – sem destaques no original)

A pretensão da A. A. M. I. S., ao sustentar que inexistiria falha na prestação do serviço e que a hipótese deveria ser tratada como simples reembolso administrativo sujeito aos limites contratuais, demanda reinterpretação das cláusulas do contrato e reexame das provas que levaram o Tribunal estadual a concluir pela insuficiência técnica da rede credenciada.

Tal providência é vedada em recurso especial, à luz das Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça, conforme reiterado nos precedentes AgInt no AREsp 2.599.689/SP e AgInt no REsp 1.959.248/SP, acima transcritos. Ademais, o entendimento adotado no acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência pacífica desta Corte, segundo a qual o reembolso limitado constitui regra geral, afastada nas hipóteses excepcionais de urgência, emergência ou inexistência de prestador apto na rede, incidindo, por identidade de fundamentos, o óbice da Súmula 83/STJ.

Assim, ausente demonstração de violação literal do art. 12, VI, da Lei 9.656 de 1998, e verificada a consonância entre o acórdão recorrido e a orientação consolidada do Tribunal, não há como admitir o recurso especial nesse ponto, diante dos impedimentos das Súmulas 5, 7 e 83/STJ.

(3) Da desproporcionalidade das astreintes arbitradas

Quanto às astreintes, A. A. M. I. S. afirmou a desproporcionalidade do montante arbitrado, descrevendo que o valor fixado transmutaria indevidamente a natureza jurídica da multa de coercitiva para ressarcitória, além de superar os parâmetros de razoabilidade e proporcionalidade.

Com base no art. 537, § 1º, do Código de Processo Civil, sustentou que a multa pode ser alterada a qualquer tempo, inclusive de ofício, quando excessiva, e, com fundamento no art. 884 do Código Civil, asseverou que valores exorbitantes ocasionariam enriquecimento sem causa.

A. A. M. I. S. indicou, ainda, critérios jurisprudenciais para a calibração da multa – valor da obrigação e importância do bem jurídico tutelado; prazo razoável; capacidade econômica e resistência do devedor; possibilidade de meios alternativos e dever de mitigação do credor –, requerendo sua redução ou exclusão diante das peculiaridades do caso (e-STJ, fls. 596-600).

Não obstante, a insurgência não se sustenta diante do conteúdo do acórdão recorrido.

O Tribunal deixou expresso que as astreintes são devidas e apenas incidirão em caso de descumprimento da ordem judicial, com apuração na origem, não tendo fixado o patamar diário alegado pela recorrente (e-STJ, fls. 543/544).

Não houve estipulação de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por dia, mas sim limite de até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) quanto à penalidade, afastando a narrativa de transmutação da multa em ressarcitória.

Além disso, os critérios de razoabilidade e proporcionalidade, assim como a faculdade de revisão de multa prevista no art. 537, § 1º, do Código de Processo Civil, foram reconhecidos pelo acórdão ao indicar que a incidência e eventual descumprimento serão aferidos na origem, o que impede, nesta quadra, a qualificação de excessividade sem base concreta (e-STJ, fl. 543).

Por conseguinte, não se verifica enriquecimento sem causa (art. 884 do Código Civil), pois o caráter coercitivo se preserva, condicionado à recalcitrância, e a modulação pode ser realizada pelo Juízo de origem nos termos legais, caso se demonstre excesso.

Neste interim, releva notar que o STJ possui entendimento consolidado de que a revisão do valor das astreintes em recurso especial é medida excepcional, admitida apenas em casos de valores irrisórios ou exorbitantes, que não correspondam à natureza coercitiva da medida.

A análise da razoabilidade e proporcionalidade, via de regra, demanda o reexame de fatos e provas, o que encontra óbice na Súmula 7/STJ.

Confirmam-se:

*AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA PARTE DEMANDADA. 1. **Consoante jurisprudência desta Corte Superior, admite-se a modificação do valor das astreintes quando fixadas em valor irrisório ou exorbitante, em atenção ao princípio da proporcionalidade**.*

Precedentes. 1.1. Na hipótese, não se verifica excesso no valor arbitrado, razão pela qual a sua modificação encontra óbice na Súmula 7/STJ . 2. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1.909.116/MG, Relator.: Ministro MARCO BUZZI, Julgamento: 25/10/2021, QUARTA TURMA, DJe 28/10/2021 – sem destaques no original)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. ASTREINTES. CABIMENTO . REVISÃO. SÚMULA N. 7/STJ. 1 . **A revisão do montante fixado a título de astreintes somente pode ser realizada por esta corte superior em hipóteses excepcionais nas quais se verifique violação dos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, situação que não se vislumbra no caso concreto.** 2. "A astreinte não deriva de convenção entre as partes, mas sim de imposição pelo Juízo, independentemente da vontade daquelas, a fim de assegurar o cumprimento de uma determinada ordem judicial" (REsp n. 1 .999.836 /MG, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJe de 30/9/2022) , o que autoriza sua fixação de forma preventiva, como ocorreu na hipótese dos autos, sendo impertinente o questionamento de seu valor, limite ou exclusão sem que se promova efetiva incursão na seara fática dos autos. 3. No caso dos autos, o valor fixado inicialmente em R\$800,00 (oitocentos reais) por dia, majorado sucessivamente para R\$1 . 600,00 (mil e seiscentos reais), R\$2.000,00 (dois mil reais) e, por fim, para R\$4.000,00 (quatro mil reais), com "o teto da multa em R\$125.000,00, diante da recalcitrância manifestada da executada", não se mostra exorbitante para superação dos preceitos da Súmula n . 7/STJ. Agravo interno improvido.

(AgInt no AREsp: 2113034 SP 2022/0118125-4, Relator.: Ministro HUMBERTO MARTINS, Julgamento: 13/11/2023, TERCEIRA TURMA, DJe 17/11/2023 – sem destaques no original)

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. EFETIVAÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MULTA PERIÓDICA (ASTREINTES). VALOR ACUMULADO DA MULTA VENCIDA . REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. REGRA ESPECÍFICA NO CPC/2015. DESESTÍMULO À RECALCITRÂNCIA E À LITIGÂNCIA ABUSIVA REVERSA . PRECEDENTE VINCULANTE DA CORTE ESPECIAL. OBSERVÂNCIA OBRIGATÓRIA. AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO IDÔNEA PARA SUPERAÇÃO. ESTABILIDADE, INTEGRIDADE E COERÊNCIA DA JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL . MANUTENÇÃO. PENDÊNCIA DE DISCUSSÃO SOBRE A MULTA. RELAÇÃO COM O VENCIMENTO. INEXISTÊNCIA . ABUSO DO CREDOR. CONVERSÃO EM PERDAS E DANOS DE OFÍCIO. POSSIBILIDADE. RESULTADO PRÁTICO EQUIVALENTE AO ADIMPLEMENTO . ORDENS JUDICIAIS A ÓRGÃOS PÚBLICOS E INSTITUIÇÕES PRIVADAS. PREFERÊNCIA. 1. **Consoante a regra do art . 537, § 1º, do CPC, a modificação das astreintes somente é possível em relação à 'multa vencenda'.Precedente vinculante da Corte Especial.** 2. Não se justifica a alteração de entendimento fixado

em precedente vinculante apenas em virtude de divergência interna do órgão colegiado . 3. Nos termos do art. 926 do CPC, "o s tribunais devem uniformizar sua jurisprudência e mantê-la estável, íntegra e coerente". 4 . A multa periódica é uma técnica processual importante no combate à litigância abusiva reversa e para garantir a efetividade da tutela jurisdicional. 5. A pendência de discussão sobre a multa periódica não tem relação com o seu vencimento, o qual ocorre de pleno direito diante do decurso do prazo para o cumprimento da obrigação, observado o período fixado no preceito. 6 . O problema dos valores elevados alcançados com a incidência da multa periódica deve ser combatido preventivamente das seguintes formas: i) conversão da obrigação de fazer em perdas e danos, de ofício, quando verificada a inércia abusiva do credor em relação ao exercício da faculdade prevista no art. 499 do CPC; e ii) preferência pela expedição de ordens judiciais a órgãos públicos e instituições privadas visando ao alcance do resultado prático equivalente ao adimplemento, substituindo a atuação do obrigado, quando possível. 7. Recurso conhecido e desprovido.

(EAREsp 1.479.019/SP, Relator Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Julgamento: 7/5/2025, CORTE ESPECIAL, DJEN 19/5/2025)

Ademais, o art. 537, § 1º, do Código de Processo Civil confere ao juiz a faculdade de modificar, de ofício ou a requerimento, o valor ou a periodicidade da multa, caso verifique que se tornou insuficiente ou excessiva. Essa prerrogativa do Juízo de origem, reconhecida pelo acórdão recorrido, afasta a alegada preclusão e permite a adequação da medida à situação concreta, evitando o enriquecimento sem causa.

Nessa toada, a insurgência não prospera.

Nessas condições, **CONHEÇO** do agravo para **CONHECER EM PARTE** do recurso especial e, nessa extensão, **NEGAR-LHE PROVIMENTO**.

MAJORO em 5% o valor dos honorários advocatícios anteriormente fixados em favor de R. A. DA S. J., limitados a 20%, nos termos do art. 85, § 11, do NCPC.

É o voto.

Por oportuno, previno que a interposição de recurso contra este acórdão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente, poderá acarretar condenação às penalidades fixadas nos arts. 1.021, § 4º, ou 1.026, § 2º, ambos do CPC.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

AREsp 2.814.066 / SP

PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2024/0475020-7

Número de Origem:

00499722720238260100 00546829020238260100 11239528720238260100 499722720238260100
49972272023826010000546829020238260100 546829020238260100

Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026

SEGREDO DE JUSTIÇA

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : A A M I S

ADVOGADO : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477

AGRAVADO : R A D A S J

ADVOGADA : SILVIA CRISTINA RODRIGUES CONTI - SP359606

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 03/02/2026 a 09/02/2026, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso, mas lhe negou provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Os Srs. Ministros Daniela Teixeira, Nancy Andrighi, Humberto Martins e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 09 de fevereiro de 2026