



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2190532 - DF (2024/0487087-6)

RELATORA : MINISTRA DANIELA TEIXEIRA
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A.
ADVOGADOS : GUILHERME SILVEIRA COELHO - DF033133
LUCAS REIS LIMA - DF052320
VINICIUS SILVA CONCEIÇÃO - DF056123
RECORRIDO : JOAO ALVES DE MACEDO NETO - ESPÓLIO
ADVOGADOS : NILSON CUNHA JUNIOR - DF009117
EVANDRO ABREU BRAGA - DF038836

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO ONCOLÓGICO. NEGATIVA DE COBERTURA. INTERPRETAÇÃO CONTRATUAL E ANÁLISE DE PROVAS PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. ROL DA ANS. OBRIGATORIEDADE DO CUSTEIO. NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO. SÚMULAS 5, 7 E 83 DO STJ.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão que negou provimento à apelação, mantendo sentença que a condenou ao reembolso das despesas médicas com tratamento oncológico (radioembolização hepática com ítrio) indicado pelo médico assistente e não autorizado administrativamente. Alega-se que o procedimento não consta do rol da ANS nem preenche os critérios da Diretriz de Utilização Técnica (DUT), pleiteando o afastamento da obrigação de custeio e a improcedência dos pedidos indenizatórios.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é admissível o reexame de cláusulas contratuais e de provas em recurso especial que questiona a condenação da operadora ao custeio de tratamento oncológico fora do rol da ANS; e (ii) estabelecer se a negativa de cobertura, nessas circunstâncias, viola a legislação consumerista e o princípio da dignidade da pessoa humana.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O recurso especial não pode ser conhecido quando sua análise demanda reexame do conjunto fático-probatório e interpretação de cláusulas contratuais, providências vedadas pelas Súmulas 5 e 7 do STJ.

4. A Corte de origem concluiu, com base em provas e no contrato, que a negativa de cobertura foi abusiva, pois o

tratamento era necessário e indicado por médico assistente, e a recusa da operadora baseou-se na ausência de previsão no rol da ANS.

5. A interpretação do contrato realizada pelo Tribunal Estadual se amolda à jurisprudência do STJ, segundo a qual, em se tratando de tratamento oncológico, a indicação médica prevalece sobre as limitações do rol da ANS. Precedentes.

6. O acórdão recorrido também observa a Lei nº 14.454/2022, que estabelece critérios para cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS, e aplica corretamente os precedentes dos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP.

IV. DISPOSITIVO

7. 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 06/08/2025 a 12/08/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

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

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 13 de agosto de 2025.

Ministra Daniela Teixeira
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2190532 - DF (2024/0487087-6)

RELATORA : MINISTRA DANIELA TEIXEIRA
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A.
ADVOGADOS : GUILHERME SILVEIRA COELHO - DF033133
LUCAS REIS LIMA - DF052320
VINICIUS SILVA CONCEIÇÃO - DF056123
RECORRIDO : JOAO ALVES DE MACEDO NETO - ESPÓLIO
ADVOGADOS : NILSON CUNHA JUNIOR - DF009117
EVANDRO ABREU BRAGA - DF038836

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO ONCOLÓGICO. NEGATIVA DE COBERTURA. INTERPRETAÇÃO CONTRATUAL E ANÁLISE DE PROVAS PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. ROL DA ANS. OBRIGATORIEDADE DO CUSTEIO. NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO. SÚMULAS 5, 7 E 83 DO STJ.

I. CASO EM EXAME

1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão que negou provimento à apelação, mantendo sentença que a condenou ao reembolso das despesas médicas com tratamento oncológico (radioembolização hepática com ítrio) indicado pelo médico assistente e não autorizado administrativamente. Alega-se que o procedimento não consta do rol da ANS nem preenche os critérios da Diretriz de Utilização Técnica (DUT), pleiteando o afastamento da obrigação de custeio e a improcedência dos pedidos indenizatórios.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se é admissível o reexame de cláusulas contratuais e de provas em recurso especial que questiona a condenação da operadora ao custeio de tratamento oncológico fora do rol da ANS; e (ii) estabelecer se a negativa de cobertura, nessas circunstâncias, viola a legislação consumerista e o princípio da dignidade da pessoa humana.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O recurso especial não pode ser conhecido quando sua análise demanda reexame do conjunto fático-probatório e interpretação de cláusulas contratuais, providências vedadas pelas Súmulas 5 e 7 do STJ.

4. A Corte de origem concluiu, com base em provas e no contrato, que a negativa de cobertura foi abusiva, pois o

tratamento era necessário e indicado por médico assistente, e a recusa da operadora baseou-se na ausência de previsão no rol da ANS.

5. A interpretação do contrato realizada pelo Tribunal Estadual se amolda à jurisprudência do STJ, segundo a qual, em se tratando de tratamento oncológico, a indicação médica prevalece sobre as limitações do rol da ANS. Precedentes.

6. O acórdão recorrido também observa a Lei nº 14.454/2022, que estabelece critérios para cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS, e aplica corretamente os precedentes dos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP.

IV. DISPOSITIVO

7. Recurso não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de Recurso Especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios assim ementado:

APELAÇÃO. RECURSO ADESIVO. PROCESSO CIVIL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE ONCOLÓGICO. TRATAMENTO RADIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA. NEGATIVA DE COBERTURA. DESNECESSIDADE DE PREVISÃO EXPRESSA NO ROL DA ANS. RECUSA INESCUSÁVEL. CUSTEIO INTEGRAL. DANO MORAL CONFIGURADO. RECURSOS CONHECIDOS E DESPROVIDOS.

1. Apelação contra sentença que condenou a seguradora de saúde ao ressarcimento do montante despendido com o tratamento médico declinado e ao pagamento de indenização por danos morais.

2. É descabida a negativa de cobertura de tratamento indicado pelo médico assistente, quando absolutamente necessário e justificado. Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para amenizar os efeitos da enfermidade que acomete o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para melhora do paciente.

3. O rol de procedimentos previstos pela ANS é meramente exemplificativo. Representa referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de plano de saúde.

4. No caso, não há discussão acerca da possibilidade ou não do tratamento; ou quanto à existência de profissionais ou clínicas próprias /conveniadas. O que se tem é a recusa indevida de tratamento, hipótese que não atrai a incidência da cláusula limitativa de reembolso.

5. Considera-se ilícito contratual capaz de gerar indenização por danos morais a negativa do plano de saúde em custear tratamento prescrito pelo médico assistente, mormente por agravar o grau de aflição e angústia já experimentado por quem recebe o diagnóstico de doença grave. Desborda dos limites do mero inadimplemento e reclama a justa reparação.

6. Recursos conhecidos e desprovidos.

Segundo a parte recorrente, 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 recorrida afirmou a inexistência de requisitos ou elementos aptos a promover a alteração do julgado impugnado.

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 com análise das provas e interpretação contratual adequadas ao caso concreto. Cito trechos relevantes da referida decisão:

"Presentes os requisitos de admissibilidade, conheço os recursos interpostos. O cerne da questão cinge-se em definir se a operadora de plano de saúde está autorizada a negar tratamento prescrito por médico, em virtude da ausência de preenchimento de critérios da DUT do rol da ANS.

A Lei nº 14.454/2022 assegura a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, senão vejamos:

(...)

Convém registrar, como já assentado pelo juízo de origem, que a relação jurídica objeto destes autos – entre beneficiário e empresa que oferta planos de saúde –, atrai a incidência do microssistema consumerista, pois as partes se enquadram nos conceitos de consumidor e fornecedor, previstos nos artigos 2º e 3º, da Lei n.º 8.078 /90 – entendimento consolidado nos seguintes verbetes sumulares:

(...)

Assim, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas da forma mais benéfica ao consumidor, por ser parte vulnerável da relação contratual, especialmente quando restritivas de direito e integrantes de contrato de adesão, nos termos do art. 47 c/c art. 54, § 4º, do CDC.

A apelante justifica a negativa de autorização do procedimento sob o argumento de que o método terapêutico específico indicado para a

parte autora (radioembolização hepática com yttrium) é recomendado pelos órgãos de saúde apenas para o tratamento de carcinoma hepatocelular (tumor primário do fígado).

É prudente destacar que o princípio da vinculação aos termos contratuais, consubstanciado pelo brocardo jurídico “pacta sunt servanda”, somente subsiste em relações nas quais existe autonomia da vontade, sendo oportunizada a ambas as partes a discussão das cláusulas insertas no ajuste.

Não é o que se nota ao apreciar o instrumento juntado aos autos. Trata-se de puro contrato de adesão. E isso afasta a incidência do referido princípio.

Sabe-se que a partir do momento em que o consumidor contrata um seguro-saúde ele busca a cobertura integral de sua saúde.

Mesmo assim, nem todas as doenças e patologias são colacionadas nessa espécie de contrato, e causa arrepio qualquer argumento da seguradora quando tenta se eximir da obrigação assumida, frustrando o propósito que deu ensejo à relação contratual, quando, por exemplo, escolhe quais os tratamentos serão ofertados.

Por tal motivo, o rol é compreendido como um apanhado meramente exemplificativo, que não deve ser utilizado como instrumento para recusa de tratamento, sob pena de violação ao princípio da dignidade da pessoa humana – fundamento do Estado Democrático de Direito e parâmetro para harmonização da ordem jurídica –, tendo em vista que a garantia da vida e da saúde são elementos inerentes à condição humana.

Sobre esse tema em inúmeras oportunidades, tem se consolidado o entendimento de que o rol de procedimentos enumerados pela Agência Nacional de Saúde tem por escopo resguardar os segurados, garantindo-lhes um patamar mínimo de cobertura devida pelos planos de assistência à saúde.

(...)

Em análise de casos similares, o STJ fixou entendimento no sentido de caber tão somente ao médico que acompanha o paciente indicar o tratamento mais adequado à patologia que o acomete, não podendo a operadora do plano de saúde interferir nesta relação. Confira-se:

(...)

Convém ressaltar que a limitação/exclusão de cobertura para tratamento necessário à melhoria da saúde do paciente macula a própria finalidade do contrato de seguro de saúde, frustrando a legítima expectativa do beneficiário, em franca violação do princípio da dignidade da pessoa humana.

(...)

Dessa forma, as pretensões relativas à vida e à saúde do cidadão devem ser analisadas sob o prisma da proteção desse princípio constitucional, na garantia da vida e da saúde como elementos inerentes à condição humana.

No caso dos autos, o tratamento indicado tinha como finalidade proteger a própria vida do autor, tendo o relatório médico (ID 166471857) apresentado justificativas detalhadas sobre a sua necessidade.

Com isso, resta evidenciada a inescusável negativa de cobertura, amparada na ausência de previsão do tratamento no rol de procedimentos da ANS – conduta abusiva imputada à recorrente. Nesse contexto, tendo o autor realizado o tratamento recomendando pelo médico especializado, deve ser reembolsado pelos valores então despendidos.

Quanto ao pleito de danos materiais, a apelante aponta que os valores exigidos pelo autor estão em descompasso com os limites previstos na cláusula contratual de reembolso de despesas médico-hospitalares. Nos termos do art. 12, inciso VI, da Lei n. 9.656/98, é possível o estabelecimento de:

(...)

Do texto supratranscrito, infere-se que a limitação de reembolso, quando contratualmente ajustada, é plenamente admissível, mesmo para os casos de urgência e emergência.

No entanto, o estabelecimento de balizas somente pode ser admitido quando: a) os serviços próprios ou credenciados não podem ser utilizados; e b) quando os preços cobrados estão em descompasso com aqueles praticados pelo mercado.

A situação dos autos é diversa daquela em que o beneficiário tem em sua esfera de possibilidades o atendimento por profissional ou por instituição credenciada da operadora, mas faz livre opção pelo tratamento fora da rede de atendimento que lhe é ofertada.

No caso sob exame, não houve discussão acerca da possibilidade ou não do tratamento; ou quanto à existência de profissionais ou clínicas próprias/conveniadas.

O que se viu foi a recusa de tratamento, hipótese que não atrai a incidência da cláusula de reembolso. Entender de modo diverso significaria garantir às operadoras a chance (manifestamente abusiva) de rejeitar os pedidos de autorização para, se eventualmente condenadas à reparação, terem a sua responsabilidade limitada aos valores que lhes convém.

Ressalte-se que o autor iniciou o tratamento por conta própria, antes mesmo do ajuizamento da presente ação.

Ou seja, não se utilizou da tutela jurisdicional para escolher melhores condições de tratamento. No caso em questão, o tratamento encontra-se expressamente nominado na listagem de procedimentos de saúde da ANS, circunstância que, à luz do disposto no art. 10 da Lei n. 9.656/98, torna a negativa de cobertura indevida.

É inquestionável, ainda, que não pode se refutar uma escolha técnica do tipo de tratamento considerado adequado ao tratamento dos pacientes. Tal função deve ser realizada pelo próprio médico que o acompanha, não podendo o plano de saúde interferir nessa escolha.

Portanto, demonstrada a necessidade do tratamento debatido nestes autos, tem-se como abusiva a conduta praticada apelante, ao negar a autorização, de modo que deve ser condenada ao reembolso do valor pago pelo autor/apelado. A esse propósito:

(...)

Destarte, a reparação ora pretendida se desprende do aspecto meramente contratual e se expressa sob a natureza indenizatória, sendo impositiva a integral reparação.

Já, em relação aos danos morais, a parte requerida, apelante, rebate a tese do autor, apontando como fundamentos a legitimidade na recusa do atendimento e o mero inadimplemento contratual – abalo psíquico não demonstrado.

Registre-se, por oportuno, que não houve pedido de redução do valor arbitrado na sentença. Rechaçada a tese da recusa legítima, pelas razões acima, passo a reexaminar a configuração do dano moral.

E, para tanto, é preciso, de início, ter-se por imprescindível que a conduta antijurídica efetivamente repercute sobre a esfera de dignidade da vítima.

Em determinadas situações, a lesão de direitos da personalidade mostra-se indiscutível, pois consequência inerente à conduta do agente – tornando prescindível a sua cabal comprovação.

Também é possível verificar, no entanto, casos nos quais a repercussão do evento danoso sobre a esfera íntima ou social não representa impacto expressivo, mormente quando analisadas as circunstâncias fáticas envolvidas no caso concreto.

Em casos similares, este eg. TJDF tem decidido que a negativa de cobertura inescusável – fundada na ausência de previsão do tratamento no rol de procedimentos da ANS – pode ser enquadrada na modalidade de dano moral presumido (in re ipsa), pois manifestamente violado o direito à saúde. Acerca do tema, alguns arestos:

(...)

Na situação dos autos, embora não seja possível atestar que a recusa da operadora tenha causado a piora do quadro clínico do autor – pois este iniciou o tratamento antes mesmo do ajuizamento da presente demanda – é inegável, sob qualquer perspectiva, que a postura adotada pela requerida é capaz de agravar o grau de aflição e angústia já experimentado por quem encontra-se acometido de uma doença grave – câncer metastático.

Sob esse enfoque, a conduta da apelante trouxe repercussão negativa que atingiu a esfera da dignidade do autor (já falecido), ultrapassando os limites do mero inadimplemento, razão por que, não merece outra resolução que não a justa reparação. Nesse sentido:

(...)

Nesse sentido, entendendo consentâneo, com o caso dos autos, o valor fixado a título de danos morais pelo Juízo de primeira instância, que observou os critérios da proporcionalidade, razoabilidade e adequação.

Com essas considerações, não há como prosperar a pretensão recursal dos recorrentes, razão por que a sentença guerreada deve ser mantida.

Posto isso, CONHEÇO os recursos interpostos e a eles NEGO PROVIMENTO, confirmando a sentença proferida.

Em razão da sucumbência mínima do autor, condeno a apelante BRADESCO SAÚDE S/A ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, ora majorados para 11% (onze por cento) da condenação, nos termos do artigo 85, §§ 2º e 11, do CPC."

A pretensão do recurso especial da operadora do plano de saúde é de ver afastada a sua responsabilidade de custear tratamento indicado pelo médico assistente a paciente oncológico.

Nesse ponto, a Corte Estadual, competente para análise aprofundada do material probatório dos autos bem como das cláusulas contratuais do plano de saúde, à luz das inovações inseridas pela Lei 14.454/2022 e das teses fixadas nos Eresps 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, entendeu que o tratamento recomendado deve ser coberto pela operadora (fls. 274/289).

Com efeito, a reforma do Acórdão implicaria em reanálise do conjunto fático-probatório, principalmente as cláusulas do contrato de plano de saúde, tendo em vista que haveria necessidade de verificação das circunstâncias do caso concreto para reconhecimento das garantias de tratamentos aos quais o recorrido teria direito, o que encontra óbice nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

Além disso, a postura do Tribunal de origem amolda-se às orientações jurisprudenciais desta Corte sobre a obrigatoriedade do custeio de procedimentos conhddestinados ao tratamento de câncer, de acordo com as quais "*o rol de procedimentos editado pela ANS não pode ser considerado meramente exemplificativo. Contudo, a natureza taxativa ou exemplificativa do aludido rol não se aplica à análise do dever de cobertura de medicamentos/procedimentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução da ANS*" (AgInt no AREsp n. 2.824.835/PE, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 7/4/2025, DJEN de 10/4/2025.)

.No mesmo sentido:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INOCORRÊNCIA. PREQUESTIONAMENTO.

AUSÊNCIA. SÚMULA 211/STJ. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. PLANO DE SAÚDE. INDICAÇÃO MÉDICA DE RADIOEMBULIZAÇÃO. BENEFICIÁRIA DIAGNOSTICADA COM NEOPLASIA DE INTESTINO. COBERTURA OBRIGATÓRIA. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA. MATÉRIA DE ORDEM PÚBLICA.

1. Ação de obrigação de fazer, pretendendo cobertura, pela operadora, de tratamento para câncer.

2. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e fundamentado corretamente o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há que se falar em violação dos arts. 489 e 1.022 do CPC.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados, não obstante a interposição de embargos de declaração, impede o conhecimento do recurso especial (súmula 211 /STJ).

4. O reexame de fatos e provas em recurso especial é inadmissível (súmula 7/STJ).

5. Ambas as Turmas que compõem a 2ª Seção do STJ entendem que, independentemente da discussão a respeito da natureza do rol da ANS, há obrigatoriedade de cobertura de tratamento contra o câncer.

6. A jurisprudência do STJ é "no sentido de que os honorários advocatícios, como consectários legais da condenação principal, possuem natureza de ordem pública, podendo ser revistos a qualquer momento e até mesmo de ofício, sem que isso configure reformatio in pejus".

7. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp n. 2.146.939/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 24/2/2025, DJEN de 27/2/2025.)

Acrescento, ainda, que "as operadoras de planos de saúde podem limitar as doenças a serem cobertas pelo contrato, mas não podem limitar os tipos de procedimentos a serem prescritos para o tratamento da enfermidade" (AgInt no REsp n. 2.140.939/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 7/10/2024, DJe de 9/10/2024).

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

Majoro o percentual de honorários sucumbenciais em 2% (dois por cento), nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**REsp 2.190.532 / DF
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0487087-6

Número de Origem:

07308874820238070001 7308874820238070001

Sessão Virtual de 06/08/2025 a 12/08/2025

Relator

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A.

ADVOGADOS : GUILHERME SILVEIRA COELHO - DF033133

LUCAS REIS LIMA - DF052320

VINICIUS SILVA CONCEIÇÃO - DF056123

RECORRIDO : JOAO ALVES DE MACEDO NETO - ESPÓLIO

ADVOGADOS : NILSON CUNHA JUNIOR - DF009117

EVANDRO ABREU BRAGA - DF038836

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 06/08/2025 a 12/08/2025, 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, 12 de agosto de 2025