

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.655.130 - RS (2016/0309899-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE: [REDACTED]

ADVOGADOS : CARLOS SPINDLER DOS SANTOS E OUTRO(S) - RS057565 FERNANDA
RS082018

RECORRIDO : [REDACTED]

RECORRIDO : [REDACTED]

ADVOGADO : JOSÉ OTILIO RAPHAELLI GARCEZ - RS024659

INTERES. : [REDACTED]

ADVOGADOS : PAULO ANTONIO MULLER - RS013449

MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - RS035572

INTERES. : [REDACTED]

ADVOGADO : DANIEL ESCALONA GONÇALVES GARCIA - RS071234

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. SAÚDE SUPLEMENTAR. PLANO DE SAÚDE. PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE CONHECIMENTO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO INDICAÇÃO. SÚMULA 284/STF. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. TEORIA DA ASSERTÇÃO. CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO POR INADIMPLÊNCIA DE USUÁRIO FINAL. MUDANÇA DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. DÉBITO AUTOMÁTICO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO. DEVER IMPUTÁVEL À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE E, POR DELEGAÇÃO, À ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. TEORIA GERAL DOS CONTRATOS. PRINCÍPIOS DA PROIBIDADE E DA BOA-FÉ. ALCANCE. COMUNICAÇÃO PRÉVIA DO USUÁRIO. INEXISTENTE. PACIENTE IDOSO. AGRAVAMENTO DA AFLIÇÃO PSICOLÓGICA. DANO MORAL. CONFIGURADO. REVISÃO DO VALOR DO ARBITRAMENTO. SÚMULA 7/STJ. EXORBITÂNCIA. NÃO CONFIGURADA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS. MAJORAÇÃO.

1. Ação ajuizada em 08/02/13. Recurso especial interposto em 25/04/16 e concluso ao gabinete em 22/11/16. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal é definir: i) se a operadora de plano de saúde é parte legítima para figurar no polo passivo de demanda em que se discute cancelamento abusivo do contrato por falha administrativa acerca da inadimplência do usuário final de plano coletivo; ii) ultrapassada a questão

Superior Tribunal de Justiça

relativa à legitimidade passiva *ad causam*, se subsiste a sua responsabilidade pelos danos causados ao usuário.

3. A ausência de expressa indicação de obscuridade, omissão ou contradição nas razões recursais enseja o não conhecimento do recurso especial.

4. A Resolução Normativa 195/09 da ANS estabelece que a operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários, porque a captação dos recursos das mensalidades dos usuários do plano coletivo é de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (arts. 13 e 14). Essa atribuição pode ser delegada à administradora de benefícios, nos termos do art. 2º, parágrafo único, V, da RN 196/09 da ANS.

5. Eventual inadimplemento dos beneficiários do plano coletivo autoriza que a pessoa jurídica contratante solicite a sua suspensão ou exclusão do contrato, nos termos do art. 18, da RN 195/09 da ANS. Entretanto, para que essa conduta esteja respaldada pelo ordenamento jurídico, o contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento (art. 15, da RN 195/09).

6. A operadora de plano de saúde, embora não tenha obrigação para controlar individualmente a inadimplência dos usuários vinculados ao plano coletivo, tem o dever de informação previsto contratualmente antes da negativa de tratamento pleiteado pelo usuário.

7. A análise puramente abstrata da relação jurídica de direito material permite inferir que há obrigações exigíveis da operadora de plano de saúde que autorizam sua participação no processo, enquanto sujeito capaz de, em tese, violar direito subjetivo do usuário final do plano coletivo e, sob esta condição, passível de figurar no polo passivo de demanda.

8. O Tribunal de origem, ao interpretar as cláusulas contratuais, registrou que a [REDACTED] não observou sua obrigação pois negou atendimento médico-hospitalar sem comunicar diretamente usuário final do plano de saúde coletivo. Súmula 5/STJ.

9. O descumprimento contratual, em regra, não gera dano moral. Entretanto, o agravamento da aflição psicológica do usuário de plano de saúde, que já na peculiar condição de idoso encontrou-se desguarnecido da proteção de sua saúde e integridade física em momento de risco de vida, inequivocamente configura hipótese de compensação por danos morais.

10. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa parte, não provido, com majoração de honorários advocatícios recursais.

Superior Tribunal de Justiça

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, prosseguindo no julgamento após o voto-vista do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, por unanimidade, conhecer em parte do recurso especial e, nesta parte, negar-lhe provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Brasília (DF), 15 de maio de 2018(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.655.130 - RS (2016/0309899-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE: [REDACTED]

ADVOGADOS : CARLOS SPINDLER DOS SANTOS E OUTRO(S) - RS057565

FERNANDA PIVA GOMES - RS082018

RECORRIDO : [REDACTED]

RECORRIDO : [REDACTED]

ADVOGADO : JOSÉ OTILIO RAPHAELLI GARCEZ - RS024659

INTERES. : [REDACTED]

ADVOGADO : RENATA SOUSA DE CASTRO VITA E OUTRO(S) -

BA024308

INTERES. : [REDACTED]

ADVOGADO : DANIEL ESCALONA GONÇALVES GARCIA - RS071234

RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

Cuida-se de recurso especial interposto por

[REDACTED],
com fundamento unicamente na
alínea "a" do permissivo constitucional.

Recurso especial interposto em: 25/04/2016.

Conclusão ao Gabinete em: 22/11/2016.

Ação: de conhecimento, ajuizada por

[REDACTED],
em face da recorrente, de [REDACTED]

DO RIO GRANDE DO SUL ([REDACTED]) e de

[REDACTED], devido ao abusivo cancelamento de plano de saúde por falha imputável à administração do plano, na qual requer a restituição do vínculo contratual, o pagamento de danos materiais e compensação por danos morais.

Sentença: julgou procedente o pedido, para condenar as requeridas:

Superior Tribunal de Justiça

i) a restituir o plano de saúde na modalidade contratada, no custo vigente à época do cancelamento; ii) a pagar danos materiais em valor equivalente ao despendido pelo recorrido na rede privada de saúde, cuja cobertura estaria prevista no plano de saúde unimax acaso vigente; iii) a pagar compensação por danos morais, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais); iv) a suportar os ônus da sucumbência,

fixados em 10% sobre o valor da condenação (e-STJ fls. 449-460).

Acórdão: deu parcial provimento à apelação interposta pelo recorrido, apenas para autorizar a compensação dos valores depositados em juízo, e negou provimento às apelações interpostas pela recorrente e por [REDACTED], nos termos da seguinte ementa (e-STJ fls. 533-549):

ADMINISTRATIVO. CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. INDEVIDO CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE. FALHA NO DESCONTO EM CONTA CORRENTE. NÃO ATRIBUÍDA AO AUTOR. DANOS MATERIAIS E MORAIS CONFIGURADOS. HONORÁRIOS. 1. Se comprovado o nexo de causalidade entre a conduta de um e o dano causado a outro, cabível o dever de indenizar. 2. Caso em que as rés são solidariamente responsáveis, eis que deixaram de cientificar o conveniado sobre a cessação do débito em conta, a exclusão do plano e o consequente cancelamento deste, conforme previsão contratual. 3. Meros transtornos na rotina não são o bastante para dar ensejo à ocorrência de dano moral, o qual demanda, para sua configuração, a existência de fato dotado de gravidade capaz de gerar abalo profundo, no plano social, objetivo, externo, de modo a que se configurem situações de constrangimento, humilhação ou degradação e não apenas dissabor decorrente de intercorrências do cotidiano. 4. Comprovado o dano moral sofrido pelo autor, decorrente da injusta impossibilidade de usufruir plano de saúde já contratado e vigente há mais de 10 anos, quando ele mais precisava utilizar seus serviços, pois estava com idade avançada e padecia de doença muito grave, necessitando, portanto, realizar diversos exames, consultas e internamentos. 5. Na quantificação do dano moral devem ser sopesadas as circunstâncias e peculiaridades do caso, as condições econômicas das partes, a menor ou maior compreensão do ilícito, a repercussão do fato e a eventual participação do ofendido para configuração do evento danoso. A indenização deve ser arbitrada em valor que se revele suficiente a desestimular a prática reiterada da prestação de serviço defeituosa e ainda evitar o enriquecimento sem causa da parte que sofre o dano. 6. Os honorários, fixados em 10% do valor da condenação, foram adequadamente fixados na sentença recorrida, estando de acordo com os ditames legais, bem como com os parâmetros usualmente utilizados por esta Turma em casos semelhantes.

Superior Tribunal de Justiça

Embargos de declaração: opostos pela recorrente, foram parcialmente acolhidos, exclusivamente para fins de prequestionamento (e-STJ fls. 612-617).

Recurso especial: alega violação dos arts. 1º, §1º, da Lei 9.656/98; 485, VI, 1.022, II, do CPC/15; 186, 927, do CC/02 (e-STJ fls. 625-640).

Além de negativa de prestação jurisdicional, assevera que, a partir da resolução normativa 200/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a gestão contratual (cobrança da contraprestação pecuniária aos beneficiários) passou a ser encargo das entidades contratantes dos planos coletivos. Assim, afirma que apenas a [REDACTED], que presta serviços para a [REDACTED] ([REDACTED]), realiza as atividades de cobrança ao beneficiário e movimentação cadastral.

Nessa linha, aduz que “havendo admissão pelo recorrido que o cancelamento de seu plano por inadimplência, situação que se consubstancia na causa de pedir, se deu em razão de iniciativa da [REDACTED] e da recorrida [REDACTED], que deixaram de lhe informar acerca da troca ocorrida na administração do plano de saúde, configurada está a ilegitimidade passiva *ad causam* da [REDACTED] Porto Alegre” (e-STJ fls. 634-635).

Sustenta que não há nexo causal entre a conduta da [REDACTED] e o dano suportado pelo recorrido, ante o cancelamento unilateral de seu plano de saúde por inadimplência.

Alega que a hipótese ilustra apenas meros aborrecimentos, vez que não há comprovação de efetivo prejuízo material ou moral advindo do

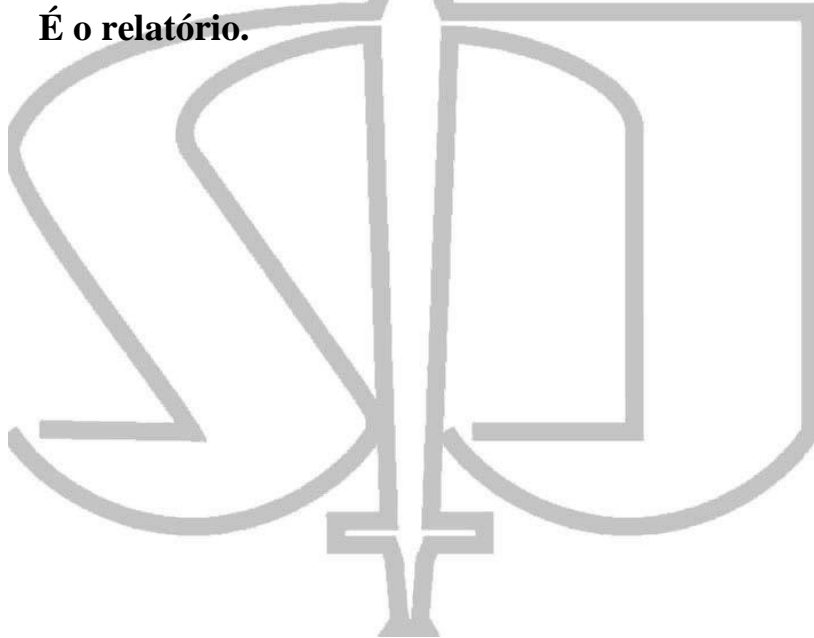
Superior Tribunal de Justiça

cancelamento ocorrido. Na eventualidade de ser mantida a condenação por danos morais, argumenta que o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) fixado para a compensação mostra-se exorbitante, distanciando-se dos parâmetros da razoabilidade e da proporcionalidade.

Contrarrazões apresentas às fls. 656-660 (e-STJ).

Admissibilidade: o recurso foi inadmitido na origem pelo TRF – 4ª Região (e-STJ fl. 663-665), tendo sido interposto agravo da decisão denegatória, o qual foi convertido em recurso especial (e-STJ fl. 711).

É o relatório.



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.655.130 - RS (2016/0309899-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE: [REDACTED]

ADVOGADOS : CARLOS SPINDLER DOS SANTOS E OUTRO(S) - RS057565

FERNANDA PIVA GOMES - RS082018

RECORRIDO : [REDACTED]

RECORRIDO : [REDACTED]

ADVOGADO : JOSÉ OTILIO RAPHAELLI GARCEZ - RS024659

INTERES. : [REDACTED]

ADVOGADO : RENATA SOUSA DE CASTRO VITA E OUTRO(S) -

BA024308

INTERES. : [REDACTED]

ADVOGADO : DANIEL ESCALONA GONÇALVES GARCIA - RS071234

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

- Julgamento: CPC/15.

O propósito recursal é definir: i) se a operadora de plano de saúde é parte legítima para figurar no polo passivo de demanda em que se discute cancelamento abusivo do contrato por falha administrativa acerca da inadimplência do usuário final de plano coletivo; ii) ultrapassada a questão relativa à legitimidade passiva *ad causam*, se subsiste a sua responsabilidade pelos danos causados ao usuário.

1. Da moldura fática da demanda

O recorrido é magistrado aposentado e advogado inscrito na OAB/RS, beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão fornecido pela [REDACTED] Porto Alegre e administrado pela [REDACTED], desde meados do ano 2000. Entretanto, por negativas de exames e internações médicas, o usuário buscou informações junto à operadora e foi informado que seu plano fora cancelado por inadimplência, em 30/11/12. Esta informação surpreendeu o usuário, pois o

Superior Tribunal de Justiça

pagamento ocorria por débito automático em conta do Banco do Brasil, sendo que o último desconto ocorreu em 25/06/12. Posteriormente, foi informado pela [REDACTED] ([REDACTED]) que deveria ter transferido a ordem de pagamento bancário do plano de saúde para a nova administradora contratada em junho de 2012, [REDACTED], que substituiu a anterior, [REDACTED] Corretora de Seguras, que veio a falir.

Por informações da [REDACTED] o usuário descobriu que o desconto bancário em favor da administradora [REDACTED] foi cancelado automaticamente pela quebra do contrato entre ambas, e deveria ter sido transferido à nova administradora do convênio pelo demandante, mediante autorização na rede bancária. O usuário, doente, afastado do Estado por indicações médicas, não sabia que deveria ter autorizado o Banco do Brasil a debitar os valores em favor da nova administradora de benefícios, por não ter sido informado em momento algum.

2. Da violação do art. 1022 do CPC/2015

A ausência de expressa indicação de obscuridade, omissão ou contradição nas razões recursais enseja o não conhecimento do recurso especial. Aplica-se, na hipótese, a Súmula 284/STF.

3. Da relação jurídica substancial própria da prestação do serviço de saúde suplementar. Dos planos privados de assistência à saúde

Para esclarecer a responsabilidade de cada um dos sujeitos de direito envolvidos na complexa relação jurídico-privada da prestação de serviços de assistência à saúde, devem ser expostas as exigências normativas de: **usuário do plano de saúde, pessoa jurídica contratante do plano de saúde coletivo** (empresarial ou por adesão), **administradora de benefícios e operadora de plano**

Superior Tribunal de Justiça

de saúde, conforme as regulações da **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**.

3.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Medida Provisória 2012/99, posteriormente convertida na Lei 9.961/01. Constituída como autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, para atuar, em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Nos termos do art. 3º da Lei 9.961/01 a “ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”.

Nessa linha, a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), após sucessivas e significativas modificações em seu conteúdo (Medidas Provisórias 1.685/98, 1.908/99, 2.177/01; Leis 11.935/09, 12.469/2011, 12.764/12, 12.880/13, 13.003/14, 13.127/15), estabeleceu o expresse vínculo de subordinação, inclusive normativa, à ANS de qualquer modalidade de produto, serviço ou contrato vinculado a Plano Privado de Assistência à Saúde.

3.2 A Operadora de Plano de Assistência à Saúde é definida como pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde (art. 1º, II, da LPS).

Sob este conceito se insere a recorrente, [REDACTED], pois definitivamente opera sob o sistema de cooperativa na comercialização de planos de saúde ao público em geral.

3.3 A Resolução Normativa 196/09 da ANS estabeleceu a

Superior Tribunal de Justiça

organização das denominadas **Administradoras de Benefícios**, nos termos do art. 2º, abaixo transcrito:

Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

- I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.
- II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
- III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
- IV – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como: a) negociação de reajuste;
- b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e
- c) alteração de rede assistencial.

Parágrafo único. Além das atividades constantes do *caput*, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

- I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
- II - terceirização de serviços administrativos;
- III - movimentação cadastral;
- IV - conferência de faturas;
- V - cobrança ao beneficiário por delegação; e
- VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

Por outro lado, referida resolução expressamente vedou a possibilidade de a administradora de benefícios atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde (art. 3º). Aqui se insere a [REDACTED], também indicada no polo passivo da presente demanda.

3.4 De acordo com o art. 16, VII, da Lei 9.656/98, os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes diferentes: individual/familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão.

Superior Tribunal de Justiça

A ANS, por meio da Resolução Normativa 195/09, definiu que: i) o plano de saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar; ii) o plano coletivo empresarial é delimitado à população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e iii) o plano coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Nos contratos de plano de saúde coletivo, portanto, a relação jurídica de direito material envolve uma operadora e uma **pessoa jurídica contratante** que atua em favor de uma classe (coletivo por adesão) ou em favor de seus respectivos empregados (coletivo empresarial).

Essa relação tem condições de ser ampliada com a participação de uma administradora de benefícios, a qual “poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico” (art. 4º da RN 196/09, da ANS).

3.5 Os beneficiários do plano de saúde têm a responsabilidade de arcar com o pagamento da prestação pecuniária, em conformidade com o contrato celebrado. A forma e o prazo de pagamento (contribuição ou coparticipação) seguirá o regime de contratação, nos termos da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) 8/98.

Brevemente tecidas as atribuições de cada um dos sujeitos que atuam no âmbito do mercado de saúde suplementar afeto a planos de saúde, segue-se a avaliação do propósito recursal.

4. Da legitimidade passiva *ad causam* da operadora de plano de saúde. Avaliação das condições da ação

Superior Tribunal de Justiça

Consoante o entendimento consolidado do STJ, as condições da ação são averiguadas de acordo com a teoria da asserção (REsp 1605470/RJ, Terceira Turma, DJe 01/12/2016; REsp 1314946/SP, Quarta Turma, DJe 09/09/2016), razão pela qual, para que se reconheça a legitimidade passiva *ad causam*, os argumentos aduzidos na inicial devem possibilitar a inferência, em um exame puramente abstrato, de que o réu pode ser o sujeito responsável pela violação do direito subjetivo do autor.

Nessa linha, em sede doutrinária, posiciona-se Humberto Teodoro Jr ao afirmar que a característica básica da legitimação ordinária “é a coincidência da titularidade processual com a titularidade hipotética dos direitos e das obrigações em disputa no plano do direito material” (Curso de Direito Processual Civil. 57ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. p. 166).

Na hipótese em exame, o recorrido, autor da demanda, em sua petição inicial narrou que a [REDACTED], a [REDACTED] e a [REDACTED] deixaram de lhe informar acerca do cancelamento do plano de saúde a que estava vinculado, ante a suposta inadimplência contratual, conduta que configuraria ato ilícito capaz de causar danos de natureza material e moral.

Assim, o exame da legitimidade passiva da operadora de plano de saúde para figurar no polo passivo da causa deve se verificar em abstrato, à luz da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98 – LPS), acerca da relação jurídica própria dos contratos celebrados sob o regime coletivo.

Nesse cenário, percebe-se que a presente hipótese veicula uma crise de direito material existente entre: a [REDACTED] (operadora de plano de saúde), a [REDACTED] (administradora de benefícios), a [REDACTED] (pessoa jurídica

Superior Tribunal de Justiça

contratante do plano de saúde coletivo em favor da classe dos advogados e seus respectivos dependentes) e [REDACTED] (advogado, usuário final do plano de saúde).

A tese de mérito da recorrente consiste na afirmação de que o art. 1º, §1º, da Lei 9.656/98 “afasta a responsabilidade das operadoras sobre a cobrança ao beneficiário e sobre a movimentação cadastral dos planos de saúde coletivos”. Nessa linha, sustenta que “tal responsabilidade restou atribuída exclusivamente, caso não delegada à administradora de benefícios, à empresa ou entidade de classe contratante” (e-STJ fl. 628).

A Resolução Normativa 195/09 da ANS estabelece que a operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários, porque a captação dos recursos das mensalidades dos usuários do plano coletivo é de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (arts. 13 e 14). Essa atribuição pode ser delegada à administradora de benefícios, nos termos do art. 2º, parágrafo único, V, da RN 196/09 da ANS.

Essa é a perspectiva geral da relação jurídica de direito material, isto é, a pessoa jurídica contratante mantém o vínculo com a operadora de plano de saúde na condição de estipulante e recebe individualmente a contraprestação da população em favor de quem contratou o plano de saúde coletivo.

Eventual inadimplemento dos beneficiários do plano coletivo autoriza que a pessoa jurídica contratante solicite a sua suspensão ou exclusão do contrato, nos termos do art. 18, da RN 195/09 da ANS. Entretanto, para que essa conduta esteja respaldada pelo ordenamento jurídico, o contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento (art. 15, da RN 195/09).

Superior Tribunal de Justiça

A partir desse cenário, a operadora-recorrente quer persuadir que não possui qualquer obrigação em relação ao inadimplemento dos usuários finais do plano de saúde. No entanto, esta interpretação restritiva faz crer que pelo simples fato de não estar autorizada à cobrança direta dos usuários finais da contraprestação pecuniária do plano coletivo, a operadora não teria qualquer obrigação exigível em relação aos beneficiários.

É importante ressaltar que a argumentação da recorrente, acerca da correta interpretação dos enunciados que regem os planos de saúde, em verdade, importa verdadeira restrição do alcance teleológico do sistema normativo da saúde suplementar. Isso porque o pagamento da contraprestação pecuniária é apenas um item dentro de uma relação jurídica obrigacional abrangente, cujo teor estabelece obrigações recíprocas a todos os sujeitos envolvidos com o plano de saúde.

Aliás, é da teoria geral dos contratos o dever mútuo de observância dos princípios de probidade e boa-fé na conclusão e na execução do vínculo contratual (art. 422, do CC/02). Nas palavras de Arnaldo Rizzardo (Contratos, Rio de Janeiro: Forense, 2010. pp. 32-33):

as partes são obrigadas a dirigir a manifestação da vontade dentro dos interesses que as levaram a se aproximarem, de forma clara e autêntica, sem o uso de subterfúgios ou intenções outras que as não expressas no instrumento formalizado. A segurança das relações jurídicas depende, em grande parte, da probidade e da boa fé, isto é, da lealdade, da confiança recíproca, da justiça, da equivalência das prestações e contraprestações, da coerência e clarividência dos direitos e deveres.

Assim, a operadora tem o dever de seguir com transparência e prestar a informação antes de efetuar a negativa de cobertura aos usuários do plano de saúde coletivo. Esse comportamento, como visto, não se confunde com o controle do adimplemento individual dos usuários do plano de saúde coletivo.

Note-se, portanto, que não depende de instrução processual ou

Superior Tribunal de Justiça

produção de provas concretas da efetiva existência de ato ilícito a culminar na procedência ou improcedência do pedido formulado na petição inicial. Antes disso, a questão acerca da ilegitimidade passiva *ad causam* da operadora de plano de saúde que, embora não tenha obrigação para controlar individualmente a inadimplência dos usuários vinculados ao plano coletivo, tem o dever de informação previsto contratualmente antes da negativa de tratamento pleiteado pelo usuário. E se as próprias normas que regulam a prestação de serviços de atenção à saúde suplementar estabelecem este vínculo obrigacional, sobressai a legitimidade *ad causam* da operadora de, em tese, ser responsabilizada pelos danos causados ao particular.

Em outras palavras, do ato ilícito apontado na petição inicial (negativa de tratamento médico-hospitalar a um integrante da população beneficiária do plano coletivo, por suposta inadimplência e cancelamento do plano de saúde) é possível extrair obrigação exigível da operadora de plano de saúde e, assim, revela-se a coincidência da titularidade processual com a titularidade hipotética dos direitos e das obrigações em disputa no plano do direito material.

Diante dessas circunstâncias, a análise puramente abstrata da relação jurídica de direito material permite inferir que há obrigações exigíveis da operadora de plano de saúde que autorizam sua participação no processo, enquanto sujeito capaz de, em tese, violar direito subjetivo do usuário final do plano coletivo e, sob esta condição, passível de figurar no polo passivo de demanda.

5. Da responsabilidade da operadora de plano de saúde.

Avaliação do mérito do pedido

Ultrapassada a questão da legitimidade passiva *ad causam* da

Superior Tribunal de Justiça

operadora de plano de saúde para responder pela negativa de atendimento ao usuário final de plano de saúde coletivo por adesão, a análise concentra-se no mérito do pedido formulado em petição inicial.

Nessa linha, ao analisar a hipótese dos autos, verifica-se que o contrato firmado entre a [REDACTED] e [REDACTED] estabelecia a obrigação da pessoa

jurídica contratante de incluir ou excluir beneficiários do plano de saúde (cláusula 41, *caput* e §2º). Por outro lado, também foi estabelecido que a operadora-[REDACTED] deveria comunicar previamente a [REDACTED] a suspensão do contrato em eventual atraso de mensalidades superior a 60 dias (cláusula 48).

Nesses termos, o acórdão recorrido ao interpretar as cláusulas contratuais registrou que a [REDACTED] não observou sua obrigação pois “promoveu a exclusão sem comunicar diretamente o autor” (e-STJ fl. 538). A revisão desse

entendimento é vedada em recurso especial, ante o óbice da Súmula 5/STJ.

Ademais, a cadeia de fornecedores, no particular, foi evidenciada nos autos pelo Tribunal de origem ao registrar que “ambas as rés são partes legítimas para responder à demanda; a [REDACTED] porque detém responsabilidade pela notificação prévia em casos de cancelamento do plano por inadimplência, conforme cláusula 48 do contrato supra e a [REDACTED] por figurar também como responsável pela exclusão dos conveniados” (e-STJ fls. 540-541).

Nesse contexto, não há como alterar as conclusões do acórdão recorrido, obtidas por meio da interpretação de cláusulas contratuais e das provas produzidas nos autos, no sentido de que a recorrente descumpriu com sua obrigação, deixando de informar ao recorrido acerca do cancelamento do plano de saúde e, conseqüentemente, da negativa de cobertura de tratamentos médico hospitalares (Súmulas 5 e 7, ambas do STJ).

Superior Tribunal de Justiça

6. Da configuração de dano moral compensável e do arbitramento do respectivo valor

O recorrente se insurge contra a configuração do dano moral na hipótese. Embora do descumprimento contratual não se visualize, em regra, ocorrência de dano extrapatrimonial, é certo que nas relações envolvendo prestação de serviços de saúde a sensibilidade, a depender das concretas particularidades da demanda, pode extrapolar o mero dissabor cotidiano.

Nessa linha, não se pode confundir a propalada “indústria do dano moral” com as situações em que há efetiva violação da esfera íntima da personalidade da vítima, trazendo angústias que ultrapassam sensivelmente o simples dissabor de expectativas não alcançadas no mundo contemporâneo.

O acórdão de origem registrou que o recorrido é idoso, afastado do serviço público, e quando necessitou de tratamento médico hospitalar foi surpreendido pela negativa de cobertura pelo plano de saúde, ante a sua suposta inadimplência. Foram juntados atestados médicos acerca do risco de vida em que se encontrava, quando necessitou de terapia pneumológica otimizada, fisioterapia respiratória domiciliar e uso de ventilação não invasiva domiciliar (e-STJ fl. 535).

Essas características da hipótese concreta revelam um agravamento da aflição psicológica do recorrido, que já na peculiar condição de idoso encontrou-se desguarnecido da proteção de sua saúde e integridade física. Configurado, portanto, o dano moral a que foi submetido.

Em relação ao valor arbitrado pelo Tribunal de origem a título de compensação por danos morais, a jurisprudência desta Corte orienta que apenas em hipóteses excepcionais, em que configurado evidente exagero ou irrisoriedade da quantia, o recurso especial seria a via adequada para nova fixação excepcional.

No particular, entretanto, não se identifica circunstância apta a

Superior Tribunal de Justiça

justificar a atuação excepcional desta Corte para modificar o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) fixado pelo TRF – 4ª Região, por não ser quantia exorbitante e sobretudo considerando as peculiaridades expressamente delineadas no acórdão recorrido.

7. Dos honorários advocatícios recursais e dispositivo

Por fim, nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, considerando o trabalho adicional imposto ao advogado da parte recorrida em virtude da interposição deste recurso, majoro os honorários fixados anteriormente em R\$ 1.000,00 (mil reais).

Forte nessas razões, CONHEÇO PARCIALMENTE do recurso especial e nessa extensão, NEGO-LHE PROVIMENTO, com majoração de honorários advocatícios recursais em R\$ 1.000,00 (mil reais).

Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2016/0309899-9

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.655.130 / RS

Números Origem: 50058533920134047100 RS-50058533920134047100

PAUTA: 22/03/2018

JULGADO: 22/03/2018

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ODIM BRANDÃO FERREIRA**

Secretária Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENT:

E

ADVOGADO : CARLOS SPINDLER DOS SANTOS E OUTRO(S) - RS057565
S FERNANDA PIVA GOMES - RS082018

RECORRIDO :

RECORRIDO :

ADVOGADO : JOSÉ OTILIO RAPHAELLI GARCEZ - RS024659

INTERES. :

ADVOGADO : PAULO ANTONIO MULLER - RS013449

S MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - RS035572

INTERES. :

ADVOGADO : DANIEL ESCALONA GONÇALVES GARCIA - RS071234

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Após o voto da Sra. Ministra Nancy Andrichi, conhecendo em parte do recurso especial e, nesta parte, negando-lhe provimento, com majoração de honorários advocatícios, pediu vista, antecipadamente, o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Aguardam os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Marco Aurélio Bellizze (Presidente) e Moura Ribeiro.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.655.130 - RS (2016/0309899-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE: [REDACTED]

ADVOGADOS : CARLOS SPINDLER DOS SANTOS E OUTRO(S) - RS057565 FERNANDA PIVA GOMES - RS082018

RECORRIDO : [REDACTED]

RECORRIDO : [REDACTED]

ADVOGADO : JOSÉ OTILIO RAPHAELLI GARCEZ - RS024659

INTERES. : [REDACTED]

ADVOGADOS : PAULO ANTONIO MULLER - RS013449

MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - RS035572

INTERES. : [REDACTED]

ADVOGADO : DANIEL ESCALONA GONÇALVES GARCIA - RS071234

VOTO-VISTA

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA:

Trata-se de recurso especial interposto por

[REDACTED], com fulcro no art. 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal Regional Federal da 4ª Região que deu parcial provimento ao recurso de apelação do autor, para tão somente autorizar a compensação de valores, e negou provimento ao apelo das rés.

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"ADMINISTRATIVO. CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. INDEVIDO CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE. FALHA NO DESCONTO EM CONTA CORRENTE. NÃO ATRIBUÍDA AO AUTOR. DANOS MATERIAIS E MORAIS CONFIGURADOS. HONORÁRIOS.

1. *Se comprovado o nexo de causalidade entre a conduta de um e o dano causado a outro, cabível o dever de indenizar.*

2. *Caso em que as rés são solidariamente responsáveis, eis que deixaram de cientificar o conveniado sobre a cessação do débito em conta, a exclusão do plano e o consequente cancelamento deste, conforme previsão contratual.*

3. *Meros transtornos na rotina não são o bastante para dar ensejo à ocorrência de dano moral, o qual demanda, para sua configuração, a existência de fato dotado de gravidade capaz de gerar abalo profundo, no plano social, objetivo, externo, de modo a que se configurem situações de constrangimento, humilhação ou degradação e não apenas dissabor decorrente de intercorrências do cotidiano.*

4. *Comprovado o dano moral sofrido pelo autor, decorrente da injusta impossibilidade de usufruir plano de saúde já contratado e vigente há mais de 10 anos, quando ele mais precisava utilizar seus serviços, pois estava com idade avançada e padecia de doença muito grave, necessitando, portanto, realizar diversos exames, consultas e internamentos.*

Superior Tribunal de Justiça

5. Na quantificação do dano moral devem ser sopesadas as circunstâncias e peculiaridades do caso, as condições econômicas das partes, a menor ou maior compreensão do ilícito, a repercussão do fato e a eventual participação do ofendido para configuração do evento danoso. A indenização deve ser arbitrada em valor que se revele suficiente a desestimular a prática reiterada da prestação de serviço defeituosa e ainda evitar o enriquecimento sem causa da parte que sofre o dano.

6. Os honorários, fixados em 10% do valor da condenação, foram adequadamente fixados na sentença recorrida, estando de acordo com os ditames legais, bem como com os parâmetros usualmente utilizados por esta Turma em casos semelhantes" (fls. 548/549).

Os embargos de declaração opostos foram acolhidos em parte, apenas para fins

de prequestionamento (fl. 616).

No especial, a recorrente aponta contrariedade ao art. 1º, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, 485, VI, e 1.022, II, do Código de Processo Civil de 2015 (CPC/2015) e 186 e 927 do Código Civil (CC).

Na sessão do dia 22/3/2018, a Relatora, Ministra Nancy Andrighi, conheceu parcialmente do recurso especial e, nessa parte, negou-lhe provimento, com majoração de honorários recursais, em voto assim sumariado:

"RECURSO ESPECIAL. SAÚDE SUPLEMENTAR. PLANO DE SAÚDE. PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE CONHECIMENTO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO. CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO INDICAÇÃO. SÚMULA 284/STF. LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. TEORIA

DA ASSEÇÃO. CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE. COLETIVO POR ADESAO POR INADIMPLÊNCIA DE USUÁRIO FINAL. MUDANÇA DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. DÉBITO AUTOMÁTICO DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO. DEVER IMPUTÁVEL À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE E, POR DELEGAÇÃO, À ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. TEORIA GERAL DOS CONTRATOS. PRINCÍPIOS DA PROIBIDADE E DA BOA-FÉ. ALCANCE. COMUNICAÇÃO PRÉVIA DO USUÁRIO. INEXISTENTE. PACIENTE IDOSO. AGRAVAMENTO DA AFLIÇÃO PSICOLÓGICA. DANO MORAL. CONFIGURADO. REVISÃO DO VALOR DO ARBITRAMENTO. SÚMULA 7/STJ. EXORBITÂNCIA. NÃO CONFIGURADA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS. MAJORAÇÃO.

1. Ação ajuizada em 08/02/13. Recurso especial interposto em 25/04/16 e concluso ao gabinete em 22/11/16. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal é definir: i) se a operadora de plano de saúde é parte legítima para figurar no polo passivo de demanda em que se discute cancelamento abusivo do contrato por falha administrativa acerca da inadimplência do usuário final de plano coletivo; ii) ultrapassada a questão relativa à legitimidade passiva ad causam, se subsiste a sua responsabilidade pelos danos causados ao usuário.

Superior Tribunal de Justiça

3. A ausência de expressa indicação de obscuridade, omissão ou contradição nas razões recursais enseja o não conhecimento do recurso especial.
4. A Resolução Normativa 195/09 da ANS estabelece que a operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários, porque a captação dos recursos das mensalidades dos usuários do plano coletivo é de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (arts. 13 e 14). Essa atribuição pode ser delegada à administradora de benefícios, nos termos do art. 2º, parágrafo único, V, da RN 196/09 da ANS.
5. Eventual inadimplemento dos beneficiários do plano coletivo autoriza que a pessoa jurídica contratante solicite a sua suspensão ou exclusão do contrato, nos termos do art. 18 da RN 195/09 da ANS. Entretanto, para que essa conduta esteja respaldada pelo ordenamento jurídico, o contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento (art. 15 da RN 195/09).
6. A operadora de plano de saúde, embora não tenha obrigação para controlar individualmente a inadimplência dos usuários vinculados ao plano coletivo, tem o dever de informação previsto contratualmente antes da negativa de tratamento pleiteado pelo usuário.
7. A análise puramente abstrata da relação jurídica de direito material permite inferir que há obrigações exigíveis da operadora de plano de saúde que autorizam sua participação no processo, enquanto sujeito capaz de, em tese, violar direito subjetivo do usuário final do plano coletivo e, sob esta condição, passível de figurar no polo passivo de demanda.
8. O Tribunal de origem, ao interpretar as cláusulas contratuais, registrou que a [REDACTED] não observou sua obrigação pois negou atendimento médico-hospitalar sem comunicar diretamente usuário final do plano de saúde coletivo. Súmula 5/STJ.
9. O descumprimento contratual, em regra, não gera dano moral. Entretanto, o agravamento da aflição psicológica do usuário de plano de saúde, que já na peculiar condição de idoso encontrou-se desguarnecido da proteção de sua saúde e integridade física em momento de risco de vida, inegavelmente configura hipótese de compensação por danos morais.
10. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa parte, não provido, com majoração de honorários advocatícios recursais."

Após, pedi vista antecipada dos autos para melhor exame da questão referente à

responsabilidade civil da operadora de plano de saúde pela indevida exclusão contratual do usuário.

Com efeito, extrai-se dos autos que o plano de saúde coletivo por adesão firmado

entre o autor e a [REDACTED] DO RIO GRANDE DO SUL ([REDACTED]) foi cancelado por falta de pagamento de mensalidades, apesar de tal despesa ter sido incluída em débito automático. A falta de recolhimento das prestações ocorreu

Superior Tribunal de Justiça

porque houve a substituição da empresa administradora de benefícios, de [REDACTED] CORRETORA DE SEGUROS para [REDACTED], sem o usuário ter sido previamente informado, o que impossibilitou os descontos das faturas em conta-corrente por falta de autorização bancária. Assim, não foi possível ao demandante utilizar os serviços médico-hospitalares da operadora [REDACTED].

A recorrente alega que não pode ser responsabilizada civilmente porque não deu causa ao evento danoso, já que a competência para a realização de cobranças e para a inclusão e exclusão de beneficiário no plano de saúde era da estipulante ou da administradora de benefícios. Acrescenta que "(...) a gestão contratual passou a ser encargo das empresas e entidades contratantes dos planos coletivos, no caso a [REDACTED], as quais podem delegar tal atribuição à empresa administradora de benefícios, tal qual a recorrida [REDACTED]" (fl. 633).

Nesse passo, cumpre esclarecer que a administradora de benefícios é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano privado coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde e desenvolve atividades previstas em regulamentação específica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Confira-se o art. 2º da Resolução Normativa (RN) nº 196/2009 da ANS:

"Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;

III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; IV – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como: a) negociação de reajuste;

b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e

c) alteração de rede assistencial.

Parágrafo único. Além das atividades constantes do caput, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

Superior Tribunal de Justiça

- I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;*
- II - terceirização de serviços administrativos;*
- III - movimentação cadastral;*
- IV - conferência de faturas;*
- V - cobrança ao beneficiário por delegação; e*
- VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão."*

Por sua vez, como se verifica do contrato firmado entre a [REDACTED], na condição de

estipulante, e a [REDACTED] PORTO ALEGRE, a primeira detinha a responsabilidade de incluir e de excluir beneficiários do plano de saúde em caso de inadimplência.

Assim, conclui-se que as responsáveis por informar o consumidor acerca da troca

da administradora de benefícios eram a própria estipulante e a nova empresa contratada para gerir os benefícios assistenciais.

Eis o seguinte trecho do acórdão local:

"(...)

Segundo o contrato firmado entre as rés [REDACTED] e [REDACTED], anexado aos autos do processo (evento 20), observa-se que a demandada [REDACTED] detinha a responsabilidade de incluir ou excluir beneficiários dos planos de saúde:

Cláusula 41: A CONTRATANTE, ao firmar este instrumento, entregará à CONTRATADA, para cadastro, a lista de usuários que integrará o presente contrato, sendo mensalmente renovável, com o registro de inclusões e exclusões, ficando estas sob única responsabilidade da primeira.

(...)

§2º Quando for solicitada a exclusão de determinado(s) usuários(s) em atraso há mais de 60 (sessenta) dias com a CONTRATANTE, a CONTRATADA devolverá à CONTRATANTE, na forma de um abatimento na fatura de mensalidade subsequente, o valor das mensalidades relativas ao período de 60 (sessenta) dias daqueles(s) usuário(s) inadimplente(s), honradas pela CONTRATANTE junto à CONTRATADA, desde que o(s) mesmo(s) não tenham utilizado sob forma alguma, durante o período de inadimplência, os serviços de saúde contratados.

Ou seja, a responsabilidade da

decorre do fato de que cabia a ela a solicitação de exclusão dos conveniados, bem como a responsabilidade pela ausência do débito em conta (em face do convênio que mantinha com a [REDACTED] e depois com a [REDACTED]).

Quanto à notificação de troca de administradora e das medidas a

Superior Tribunal de Justiça

serem adotadas pelos beneficiários, igualmente não foi juntada pelas partes qualquer comprovação de que esta tenha ocorrido, o que leva a crer que o demandante não foi notificado.

Em havendo alteração da operadora do plano e posterior cancelamento deste, deveria a empresa ré ter informado o beneficiário do plano sobre o fato, especialmente porque os débitos eram efetuados através de débito automático" (fl. 537).

Todavia, a responsabilidade da operadora de plano de saúde ora recorrente decorre de outro motivo, qual seja, da não notificação do usuário acerca do cancelamento do seu contrato.

De fato, nos termos da RN nº 195/2009, somente consta que "o contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento" (art. 15) e que "caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde" (art. 18).

Assim, depreende-se que nos contratos de assistência à saúde coletivos por adesão não consta quem deverá notificar o usuário acerca de sua inadimplência, de modo que, na ausência de normativo ou cláusula contratual específica, tanto a estipulante quanto a operadora são responsáveis perante o consumidor, porquanto figuram na mesma cadeia de consumo, na qualidade de fornecedores.

Como cediço, o mero atraso no pagamento da mensalidade não implica o cancelamento automático do contrato de plano de saúde, sendo necessária a prévia notificação do usuário para constituí-lo em mora, afora a concessão de prazo para a sua purgação.

De fato, o exercício do direito de resolução contratual seja pela operadora seja pela estipulante no caso de inadimplência do usuário exige a observância de certos requisitos.

Nesse sentido, confira-se a seguinte lição de Josiane Gomes:

"(...)

*Por sua vez, **quanto ao inadimplemento por parte do usuário,***

verifica-se que diz respeito ao não pagamento das mensalidades, as quais representam a remuneração da relação contratual. Sem a percepção das parcelas mensais, fica a operadora impossibilitada de

Superior Tribunal de Justiça

oferecer/custear os serviços médico-hospitalares a que se obrigou, sendo, assim, justificável a sua pretensão de resolução do contrato.

Todavia, tendo em vista o caráter existencial do contrato de

plano de saúde e a incidência do princípio da conservação dos negócios jurídicos, o exercício do direito de resolução contratual pela operadora exige a observância de requisitos e limitações. Com efeito, o mero atraso no pagamento da mensalidade não implica o cancelamento automático do contrato, fazendo-se necessária a constituição em mora do usuário, por meio do endereçamento de interpelação específica, em que seja informado o débito em aberto, bem como concedido prazo para a purgação da mora, sob pena de resolução contratual. Assim, caso o beneficiário pague as parcelas em atraso, devidamente acrescidas dos encargos da mora, estará restabelecido o contrato, o qual terá, pois, sua utilidade social e existencial preservada.

Destarte, o exercício do direito de resolução do contrato pela

operadora deve ser orientado pelo dever de informação, visto que o cancelamento unilateral da avença por inadimplemento exige o recebimento de notificação pelo usuário, em que conste, expressamente, a comunicação do motivo ensejador da vontade manifestada no documento emitido pela operadora. Vale dizer, a resolução sem qualquer notificação do usuário, descumpra o princípio da boa-fé objetiva, que deve ser observado pelos contraentes não só nas tratativas, como também na execução do contrato, constituindo, pois, prática nula de pleno direito (art. 51, IV e XV do Código de Defesa do Consumidor).

(...)

Portanto, a resolução do contrato de plano de saúde em razão do inadimplemento do usuário somente é aceitável quando este tenha sido informado, de forma inequívoca, sobre referida possibilidade, acompanhada da concessão de prazo razoável para a regularização das mensalidades em aberto, não sendo possível, assim, a resolução automática e imediata à ocorrência de um único atraso no pagamento de determinada parcela. Deve-se primar sempre pela conservação do contrato, pois este exerce função social de relevância essencial para os seus usuários, que se sobrepõe ao mero interesse financeiro presente na relação, quais sejam, a proteção e promoção do direito fundamental à saúde."

*(GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de Planos de Saúde**, Leme (SP): JH Mizuno, 2016, págs. 260/263 - grifou-se)*

Na espécie, o usuário contratou o plano de saúde coletivo com a [REDACTED] PORTO ALEGRE, tendo como estipulante a [REDACTED], que foi cancelado sem ter ocorrido a sua prévia notificação, sob a justificativa de não pagamento de mensalidades.

Logo, tal conduta omissiva e abusiva, que não observou os limites do direito de

resolução contratual, deixando de respeitar o direito de informação do consumidor, deve ser imputada tanto à estipulante quanto à operadora, as quais mantêm vínculo contratual

Superior Tribunal de Justiça

com o usuário, prejudicado ao não poder se utilizar dos serviços médico-assistenciais de que necessitava para tratar a sua doença.

Assim, é de rigor a manutenção da responsabilidade civil da recorrente, em conjunto com as demais demandadas, por excluir o autor do plano de saúde coletivo sem lhe possibilitar a regularização financeira.

Ante o exposto, acompanho a Relatora, Ministra Nancy Andrighi, para, na parte conhecida, negar provimento ao recurso especial, com aplicação de honorários recursais.

É o voto.



Superior Tribunal de Justiça

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2016/0309899-9

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.655.130 / RS

Números Origem: 50058533920134047100 RS-50058533920134047100

PAUTA: 22/03/2018

JULGADO: 15/05/2018

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ANTÔNIO CARLOS ALPINO BIGONHA**

Secretária Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO
DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE:

ADVOGADOS : **CARLOS SPINDLER DOS SANTOS E OUTRO(S) - RS057565
FERNANDA PIVA GOMES - RS082018**

RECORRIDO :

RECORRIDO :

ADVOGADO : **JOSÉ OTILIO RAPHAELLI GARCEZ - RS024659**

INTERES. :

ADVOGADOS : **PAULO ANTONIO MULLER - RS013449**

MARCO AURELIO MELLO MOREIRA - RS035572

INTERES. :

ADVOGADO : **DANIEL ESCALONA GONÇALVES GARCIA - RS071234**

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Prosseguindo no julgamento após o voto-vista do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, a Terceira Turma, por unanimidade, conheceu em parte do recurso especial e, nesta parte, negou-lhe provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze (Presidente) e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Superior Tribunal de Justiça

Documento: 1692131 - Inteiro Teor do Acórdão - Site certificado - DJe: 29/05/2018

Página de 27

