



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1754956 - DF (2018/0182539-5)

RELATORA : MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
RECORRENTE : ---
ADVOGADO : RODRIGO ZANATTA MACHADO - DF041552
SOC. de ADV : ADVOCACIA FONTES ADVOGADOS ASSOCIADOS
SS
RECORRIDO : ---
ADVOGADO : ANÁLIA FERNANDES DE BARROS - DF050168

DECISÃO

Trata-se de recurso especial interposto contra acórdão assim ementado:

“DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PRELIMINAR DE NULIDADE DA SENTENÇA. AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO. REJEIÇÃO. IMPUGNAÇÃO AO VALOR DA CAUSA. VALOR FIXADO PELO JUIZ. RAZOABILIDADE. MANTENÇA. GRATUIDADE DE JUSTIÇA DEFERIDA À PARTE AUTORA. REQUISITOS. MANUTENÇÃO. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. LEGALIDADE. PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 17 DA RESOLUÇÃO Nº 195/2009 DA ANS. NOTIFICAÇÃO REGULAR. RESOLUÇÃO Nº 19/99 DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL. OBRIGAÇÃO DE OFERTA. SENTENÇA MANTIDA.

1 - Conforme precedentes jurisprudenciais, não se confunde fundamentação concisa com ausência de fundamentação e, por conseguinte, tendo a sentença, apesar de sucinta, apresentado considerações suficientes para a conclusão alcançada, inexistente ofensa ao art. 489 do Código de Processo Civil.

2 - Tendo o Juiz, ao apreciar a impugnação ao valor da causa apresentada pelo Réu (art. 293 do CPC), fixado o valor da causa em valor razoável e representativo do proveito econômico perseguido pela Autora, impõe-se a manutenção da sentença quanto ao ponto.

3 - Considerando a renda percebida pela Autora e que esta é portadora de doença grave, o que eleva em muito seus gastos, e não tendo a Ré apresentado elementos aptos a infirmar os fundamentos da decisão que deferiu o benefício, afigura-se escorreita a rejeição da impugnação à gratuidade de Justiça apresentada nos termos do art. 100 do CPC.

4 - O enunciado da Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça não faz qualquer distinção quanto aos contratos de fornecimento de planos de saúde coletivos ou individuais. Pelo contrário, preceitua: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde." Assim, enquanto operadora do plano de saúde coletivo, a empresa seguradora de saúde, por óbvio, qualifica-se como fornecedora de serviços, sendo, juntamente com a administradora de benefícios e o órgão que contrata o plano para seus funcionários e pensionistas, solidariamente responsável pelos prejuízos advindos da contratação.

5 - O plano de saúde coletivo, até mesmo por conter condições diferenciadas de contratação, embora seja também regido pelas disposições da Lei nº 9.656/98 e se

sujeito à fiscalização e às regulamentações editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, não se submete a todos os regramentos dirigidos aos planos de saúde individuais e familiares. Assim, na linha da orientação jurisprudencial do STJ, as disposições do art. 13 da Lei nº 9.656/98 regem os contratos de planos privados de assistência à saúde individual ou familiar, ficando excluídos de sua incidência os planos de saúde empresariais coletivos.

6 - A Resolução nº 195/2009 da ANS, em seu artigo 17, parágrafo único, destaca a possibilidade de rescisão do contrato de plano de saúde coletivo, desde que expressamente previsto no ajuste e precedido de notificação com antecedência mínima de sessenta dias. Na espécie, verifica-se que as notificações quanto à rescisão unilateral do pacto foram devidamente formalizadas, não se evidenciando ilegalidade ou abusividade na rescisão do contrato em si.

7 - A rescisão do plano de saúde coletivo não implica o desamparo absoluto dos funcionários/pensionistas que dele se beneficiavam, haja vista que a Resolução nº 19/99 do Conselho de Saúde Suplementar, em seus artigos 1º e 2º, determina que a operadora de plano de saúde ofereça opção de migração para plano de saúde individual na hipótese de encerramento do contrato coletivo, o que prescinde de novo cumprimento do período de carência.

8- Tendo deixado a Administradora do Plano de Saúde não cumprido com sua obrigação de oferecer à consumidora a opção de migração para plano de saúde individual, revela-se escorregia a ordem levada a efeito em sentença, no sentido de determinar a oferta de migração para plano de saúde individual ou familiar, sem cumprimento de carência e de acordo com as características próprias desse tipo de plano, haja vista a impossibilidade de manutenção do preço pactuado por ocasião do plano coletivo, ante os custos mais elevados do plano individual ou familiar, que geram, portanto, preços maiores de contratação. Preliminar rejeitada. Apelação Cível desprovida.”

Opostos os embargos de declaração, esses foram rejeitados com aplicação de multa.

Nas razões do especial, a parte recorrente apontou ofensa aos artigos 489, §1º, IV, e 1.022, II, do Código de Processo Civil de 2015. Sustentou violação aos artigos 9º, II, § 2º, e 35-A da Lei nº 9.656/98; 3º da CONSU 19/99, bem como a existência de dissídio jurisprudencial, tendo em vista a possibilidade de rescisão unilateral de plano de saúde coletivo, sendo indevida a determinação de fornecimento na modalidade individual/familiar sem que o recorrente a comercialize. Por fim, apontou ofensa ao artigo 1.026, § 2º, do CPC/15, em virtude da ausência de caráter protelatório dos embargos.

Presentes os pressupostos de admissibilidade e ultrapassado o limite do conhecimento do presente recurso, verifico que esse merece parcial provimento, senão vejamos.

A Súmula nº 568, desta Corte, dispõe que “relator, monocraticamente e no Superior Tribunal de Justiça, poderá dar ou negar provimento ao recurso quando houver entendimento dominante acerca do tema.”

Da análise dos autos, observo que a Corte de origem decidiu de forma contrária ao entendimento deste Superior Tribunal de Justiça, conforme se depreende da leitura do seguinte trecho (fls. 417/429; 459/460 e-STJ):

“Na sentença, o Juiz a quo afirmou que "A Resolução n° 19/1999 do Conselho de Saúde Suplementar, estabelece que em caso de rescisão do contrato de plano de saúde coletivo, por iniciativa da seguradora, deve-se facultar a migração para planos individuais ou familiares, sem renovação do período de carência, aproveitando-se a carência do plano anterior" (fl. 304), destacou, ademais, "que este e. TJDFT já decidiu que a alegação da operadora de que não pode ofertar plano individual porque não os comercializa não pode ser invocada" (fl. 305), o que, por óbvio, afasta os argumentos relativos à aplicação do art. 13 da Resolução n° 19/99 do Conselho de Saúde Suplementar.

Desse modo, "Inexiste afronta ao art. 489, § 1°, IV, do CPC/2015 quando a Corte local pronunciou-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo" (REsp1665837/MG, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/06/2017, DJe 23/06/2017).

(...)

Afirma ainda a Apelante que "a rescisão do contrato coletivo a que pertence à apelada foi lícita e dentro dos meandros legais, inexistindo obrigação da apelante em oferecer o plano individual" (fl. 326).

Esclareço, inicialmente, que os contratos de plano de saúde são regidos pelo Código de Defesa do Consumidor, razão porque os limites e condições de cobertura devem ser vistos com maior amplitude.

(...)

Irresignada com o cancelamento do Plano de Saúde coletivo, a Autora, visando ao restabelecimento do contrato firmado, sustentou que a rescisão unilateral do pacto é abusiva e desrespeita o CDC, mormente levando-se em conta que possui grave doença e precisa de tratamento médico intensivo.

A cláusula contratual sobre a qual se alicerça o litígio foi redigida com o seguinte teor:

(...)

Ressalta-se que a Resolução n° 195/2009 da ANS, em seu artigo 17, parágrafo único, destaca a possibilidade de rescisão do contrato de plano de saúde coletivo, desde que expressamente previsto no ajuste e precedido de notificação com antecedência mínima de sessenta dias.

Na hipótese concreta, verifica-se às fls. 100/105 que as notificações quanto à rescisão unilateral do pacto foram devidamente formalizadas, não se evidenciando ilegalidade ou abusividade na rescisão do contrato em si.

No entanto, certo é que a rescisão do plano de saúde coletivo não implica o desamparo absoluto dos funcionários/pensionistas que dele se beneficiavam, haja vista que a Resolução n° 19/99 do Conselho de Saúde Suplementar, em seus artigos 1° e 2°, determina que a operadora de plano de saúde ofereça opção de migração para plano de saúde individual na hipótese de encerramento do contrato coletivo, o que prescinde de novo cumprimento do período de carência.

Nesses termos, a jurisprudência desta Corte de Justiça proclama o direito de o beneficiário do seguro coletivo, em situações que tais, migrar para o plano individual/familiar, sem ter de contar novo prazo de carência, mormente em atenção à natureza consumerista da relação acertada e ao postulado da boa-fé objetiva que deve permear as relações jurídicas, bem assim sob a consideração de que a cobertura não pode ser suspensa ante a sua essencialidade para a preservação da saúde e da vida do segurado que se encontra em delicado quadro patológico.

Confira-se:

(...)

Conclui-se, portanto, que o rompimento do contrato de plano de saúde coletivo não pode deixar a Autora desamparada, cabendo à Ré fornecer a segurança necessária e esperada nessa espécie contratual.

Aliás, esse é o escopo da norma inserta no art. 1º da Resolução nº19 da CONSU, isto é, dar continuidade à prestação de serviço, ante a natureza fundamental do direito assegurado, qual seja, o direito à saúde.

No caso dos autos, verifica-se que a obrigação de oferecer à consumidora a opção de migração para plano de saúde individual não foi cumprida, conforme se verifica às fls. 104/105, revelando-se, assim, escorreita a ordem levada a efeito em sentença, no sentido de determinar a oferta de migração para plano de saúde individual ou familiar, sem cumprimento de carência e de acordo com as características próprias desse tipo de plano, haja vista a impossibilidade de manutenção do preço pactuado por ocasião do plano coletivo, ante os custos mais elevados do plano individual ou familiar, que geram, portanto, preços maiores de contratação. Sobre o tema, colaciono o julgado, in verbis:

(...)

Por fim, sem razão a Apelante ao alegar que por não mais oferecer plano de saúde individual, não pode comercializá-lo.

Com efeito, a Ré violou o princípio da boa-fé contratual ao ter suspenso a comercialização de planos de saúde individual perante a ANS, sabendo que os consumidores de planos de saúde coletivo após o cancelamento ficariam sem cobertura.”

“Assevera a Embargante que viola frontalmente o artigo 9º, II, § 2º, da Lei nº 9.656/1998 o entendimento adotado no acórdão embargado que "entendeu pela necessidade de disponibilização de plano individual à embargada, mesmo a embargante não comercializando tal produto" (fl. 415), embora tenha reconhecido que a "rescisão do contrato foi legal, bem como que a suspensão da comercialização do produto ocorreu ANTES da rescisão do contrato" (fl. 415).

Diz que "olvidou-se o v. acórdão que a embargante estava impossibilitada de oferecer contratos individuais, por não possuir registro do produto ativo junto a ANS, o que vai de encontro as normas da ANS e os dispositivos da Lei nº 9.656/98" (fl. 416), deixando de aplicar o disposto no artigo 3º da Resolução da CONSU nº 19/1999.

A partir de mera leitura das razões de decidir adotadas no acórdão embargado, percebe-se que restou assentado, de forma clara e logicamente fundamentada, que a Apelante, ora Embargante, embora houvesse realizado as notificações exigidas para a rescisão unilateral do contrato, não poderia deixar ao desamparo absoluto os beneficiários do plano de saúde coletivo, concluindo-se que a Resolução nº 19/1999 do Conselho de Saúde Suplementar determina que a operadora ofereça opção de migração para plano de saúde individual ou familiar no caso de encerramento do contrato coletivo.

Além disso, registrou-se expressamente que a alegação da Apelante, ora Embargante, de que não mais oferecia ou comercializava plano de saúde individual, em verdade, viola o princípio da boa-fé contratual, uma vez que sabia que os consumidores dos planos de saúde coletivos, após o cancelamento, ficariam sem cobertura. Diante de tal conclusão, ressoa evidente a impertinência da invocação, pela Embargante, de suposta violação aos artigos 9º, II e § 2º e 35-A da Lei nº 9.656/98 e, também, do artigo 3º da Resolução nº 19/1999 do CONSU.”

De fato, é assente perante esta Corte que, nos casos de rescisão unilateral de plano de saúde coletivo, prevista no artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9656/98, deve ser assegurado ao consumidor o direito de migrar para plano individual ou familiar

nas mesmas condições de cobertura assistencial do plano cancelado, sem a perda do prazo de carência, consoante disposição contida na Resolução CONSU nº 19/1999.

Saliento, contudo, que tal dever somente se aplica às operadoras que comercializam, de fato, os referidos planos, não sendo possível obrigá-las caso operem apenas planos coletivos, como no caso em debate.

A propósito:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO AOS FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO A QUO. SÚMULA 283/STF. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Esta Corte Superior firmou entendimento de que as operadoras de plano de saúde não são obrigadas a comercializar planos individuais quando atuarem somente no segmento de planos coletivos. 1.1. O acórdão recorrido se alinhou à jurisprudência desta Corte Superior, porém asseverou que a operadora do plano de saúde não cumpriu sua obrigação disposta na Resolução CONSU n. 19/1999, sendo que o argumento do Tribunal de origem não foi impugnado nas razões do recurso especial, atraindo a incidência da Súmula 283/STF.

2. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1298727/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 28/8/2018, DJe 4/9/2018)

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO. RAZÕES QUE NÃO ENFRENTAM O FUNDAMENTO DA DECISÃO AGRAVADA. REVALORAÇÃO JURÍDICA. INEXISTÊNCIA DO ÓBICE PREVISTO NA SÚMULA 7, DO STJ. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL IMOTIVADA. FORNECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL. NÃO COMERCIALIZAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES.

1. As razões do agravo interno não enfrentam adequadamente o fundamento da decisão agravada.

2. Nos termos da jurisprudência já consolidada desta Corte, a análise do recurso especial não esbarra no óbice previsto na Súmula 7, do STJ, quando se exige somente a reavaliação jurídica das circunstâncias fático-probatórias contidas nos autos.

3. É legítima a rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde com mais de trinta beneficiários, após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, pois a norma inserta no art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98 é aplicável, exclusivamente, a contratos individuais e familiares. Precedentes do STJ.

4. “Esta Corte Superior firmou entendimento de que as operadoras de plano de saúde não são obrigadas a comercializar planos individuais quando atuarem somente no segmento de planos coletivos.” (AgInt no AREsp 1298727/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 28/8/2018, DJe 4/9/2018) 5. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1684459/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 14/6/2021, DJe 17/6/2021)

Pontuo, por outro lado, que, nada obstante o disposto acima, “no caso de usuário em estado de saúde grave, independentemente do regime de contratação do plano de saúde (coletivo ou individual), deve-se aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física para se pôr fim à avença”

(AgInt no AREsp 1433637/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 16/5/2019, DJe 23/5/2019).

No caso em debate, a recorrida é portadora de câncer de mama e se encontrava “em delicado quadro patológico” (fl. 424 e-STJ) quando da comunicação de rescisão unilateral, de modo que a ora recorrente deveria ter aguardado a conclusão do tratamento médico necessário à sobrevivência da autora.

A propósito:

CIVIL. CONTRATOS. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. MANUTENÇÃO DO CONVÊNIO. BENEFICIÁRIO EM ESTADO GRAVE DE SAÚDE. SÚMULA N. 83/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. A Súmula n. 83 do STJ aplica-se aos recursos especiais interpostos com fundamento tanto na alínea "c" quanto na alínea "a" do permissivo constitucional. 2. "O plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente (independentemente da existência de fraude ou inadimplência), após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17 da Resolução Normativa ANS 195/2009). Nada obstante, no caso de usuário em estado de saúde grave, independentemente do regime de contratação do plano de saúde (coletivo ou individual), deve-se aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física para se pôr fim à avença" (AgInt no AREsp 1.433.637/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 16/5/2019, DJe 23/5/2019).

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1537592/SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 4/5/2020, DJe 6/5/2020)

Por fim, quanto às alegações de violação ao artigo 1.026, § 2º, do CPC/15, observo que essas igualmente merecem acolhida.

Isso porque verifico que o recorrente opôs embargos declaratórios com fins de prequestionamento, tendo o acórdão recorrido decidido de forma contrária à jurisprudência desta Corte, razão pela qual a imposição de multa processual por embargos protelatórios é ilegal, nos termos da Súmula 98, do STJ.

Prejudicada, portanto, a análise das demais alegações de violação à lei federal.

Em face do exposto, dou parcial provimento ao recurso especial para reconhecer a inexistência de obrigação da recorrente de fornecimento de plano individual à autora, devendo-se, contudo, aguardar a conclusão do tratamento a que se encontra submetida, bem como para afastar a multa aplicada nos embargos de declaração.

Julgo, portanto, parcialmente procedentes os pedidos contidos na inicial, condenando-se ambas as partes ao pagamento das verbas sucumbenciais, no percentual de 50% para cada. Arbitro os honorários em 10% sobre o valor atualizado da causa, nos moldes do previsto pelo artigo 85, §§ 2º, I a

IV, do atual Código de Processo Civil, ônus esses suspensos em caso de gratuidade de Justiça.

Intimem-se.

Brasília, 08 de novembro de 2021.

MARIA ISABEL GALLOTTI

Relatora