



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.732.511 - SP (2018/0074160-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A
ADVOGADOS : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI - SP139482
KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - SP327408
RECORRENTE : PAULO HUMBERTO NAVES GONCALVES
RECORRENTE : MARIANGELA SILVA GONCALVES
ADVOGADOS : VALDEMIR DA SILVA PINTO - SP115567
FABRÍCIO DE OLIVEIRA KLÉBIS - SP183854
FERNANDO HENRIQUE CHELLI - SP249623
RENATO CESAR BANHETI PRUDENCIO - SP351662
RECORRIDO : OS MESMOS

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO DE DANO MORAL. CONTRATO DE SEGURO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. NÃO RENOVAÇÃO PELA OPERADORA. OPERADORA QUE NÃO MANTÉM PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL. LEI 9.656/1998. ART. 3º DA RESOLUÇÃO CONSU Nº 19/1999. CDC. DIÁLOGO DAS FONTES. LICITUDE DA RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA OPERADORA. BENEFICIADOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O PLANO DE SAÚDE. DIREITO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIA RECONHECIDO. DANO MORAL. DÚVIDA RAZOÁVEL NA INTERPRETAÇÃO DO CONTRATO. AUSÊNCIA DE AGRAVAMENTO DA AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E DE ANGÚSTIA DOS BENEFICIÁRIOS. NÃO COMPROVAÇÃO DA SITUAÇÃO DE URGENTE E FLAGRANTE NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO. DANO MORAL NÃO CARACTERIZADO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos materiais e compensação de dano moral ajuizada em 31/03/2015, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos em 18/05/2017 e 22/05/2017 e atribuído ao gabinete em 04/04/2018.

2. O propósito dos recursos consiste em decidir sobre a validade da manifestação da operadora de seguro de saúde coletivo por adesão pela não renovação do contrato; sobre a possibilidade de obriga-la a manter o vínculo com o universo de beneficiários; bem como sobre a configuração de dano moral pela negativa de cobertura do atendimento médico.

3. A ANS, no exercício de seu poder normativo e regulamentar acerca dos planos de saúde coletivos – ressalvados, apenas, os de autogestão –, deve observar os ditames do CDC.

4. Se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo por adesão a não renovar o contrato; de outro lado, o CDC impõe que os respectivos beneficiários, que



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

contribuíram para o plano, não fiquem absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde e de seu grupo familiar.

5. A interpretação puramente literal do art. 3º da Resolução CONSU nº 19/1999 agrava sobremaneira a situação de vulnerabilidade do consumidor que contribuiu para o serviço e favorece o exercício arbitrário, pelas operadoras de seguro de saúde coletivo, do direito de não renovar o contrato celebrado por adesão, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

6. O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a estipulante, corresponde o dever de proteção dos consumidores (beneficiários), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço.

7. Na ausência de norma legal expressa que resguarde o consumidor na hipótese de rescisão unilateral do contrato coletivo pela operadora, há de se reconhecer o direito à portabilidade de carências, permitindo, assim, que os beneficiários possam contratar um novo plano de saúde, observado o prazo de permanência no anterior, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária e sem custo adicional pelo exercício do direito.

8. A orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de ser possível, em determinadas situações fáticas, afastar a presunção de dano moral na hipótese em que a recusa de cobertura pelo plano de saúde decorrer de dúvida razoável na interpretação do contrato, por não configurar conduta ilícita capaz de ensejar o dever de compensação.

9. Hipótese em que, além de a atuação da operadora estar revestida de aparente legalidade, a afastar a ocorrência do ato ilícito, não sobressai do contexto delineado na origem que tal fato tenha agravado eventual aflição psicológica e de angústia dos beneficiários, tampouco que estivessem em situação de urgente e flagrante necessidade de atendimento médico, a afastar a configuração do dano moral.

10. Recursos especiais conhecidos, desprovido o dos beneficiários e provido o da operadora.

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 Prossequindo no julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva e a retificação do voto da Sra. Ministra Relatora, por



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

unanimidade, negar provimento ao recurso especial dos beneficiarios e dar provimento ao recurso especial da operadora, 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), 04 de agosto de 2020(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.732.511 - SP (2018/0074160-1)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A
ADVOGADOS : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI - SP139482
KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - SP327408
RECORRENTE : PAULO HUMBERTO NAVES GONCALVES
RECORRENTE : MARIANGELA SILVA GONCALVES
ADVOGADOS : VALDEMIR DA SILVA PINTO - SP115567
FABRÍCIO DE OLIVEIRA KLÉBIS - SP183854
FERNANDO HENRIQUE CHELLI - SP249623
RENATO CESAR BANHETI PRUDENCIO - SP351662
RECORRIDO : OS MESMOS

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI (RELATOR):

Cuida-se de recursos especiais interpostos por PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS e por UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, fundados, o primeiro, na alínea "c" e o segundo, nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Ação: de obrigação de fazer c/c indenizatória, ajuizada por PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS (beneficiários), em face de UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A (operadora) e Aliança Administradora de Benefícios de Saúde S/A (estipulante), na qual pretendem seja determinado o cumprimento do novo contrato de assistência à saúde firmado entre as partes ou mantido o anterior contrato coletivo por adesão, bem como o ressarcimento dos valores despendidos pelos autores com tratamento médico e a compensação do dano moral.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou extinto o processo, sem resolução do mérito, com a relação à Aliança Administradora de Benefícios de Saúde S/A, por ilegitimidade passiva. Ademais, julgou procedentes os pedidos deduzidos contra UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, para condená-la a manter ativo o



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

plano de saúde discutido nos autos, a indenizar os danos materiais relativos aos gastos com despesas médicas desde a cessão do primeiro contrato até o seu restabelecimento, e ao pagamento de R\$ 20.000,00 para cada autor, a título de compensação do dano moral.

Acórdão: o TJ/SP deu parcial provimento à apelação interposta por UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A para afastar a condenação à compensação do dano moral. Eis a ementa do acórdão:

Plano de saúde coletivo, por adesão. Aplicabilidade do CDC (Súmula 469 do C. STJ). Possibilidade de revisão de cláusulas contratuais que decorre do próprio sistema jurídico (arts. 478 e 480 do CC e art. 6º, V, do CDC). Relativização da 'pacta sunt servanda'. Preliminar. Legitimidade ativa ad causam. Consumidores-segurados que são beneficiários de apólice coletiva de assistência à saúde. Legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por associação de classe. Exegese da Súmula 101 deste C. Tribunal de Justiça. Preliminar rejeitada. Cancelamento unilateral imotivado da apólice de seguro. Tese da operadora de saúde de que houvera a mera não renovação do contrato celebrado com a estipulante e a entidade de classe. Relação controvertida que versa sobre efeitos do término daquela relação jurídica sobre a apólice de seguro dos autores. Planos privados de assistência à saúde que estão sujeitos à renovação automática ex lege (art. 13 da Lei nº 9.656/98). Encerramento do plano coletivo que consubstancia verdadeiro cancelamento. Relação jurídica direta que constitui direito substantivo autônomo. Cancelamento daquela avença que não pode levar o beneficiário final da apólice de seguro em posição de extrema desvantagem. Parte hipossuficiente que não pode ser surpreendida com a abrupta ruptura da cobertura securitária. A denúncia vazia promovida inopinadamente pela operadora de saúde não deve vincular o segurado. Possibilidade de rescisão, desde que notificação observe o disposto no art. 1º da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 19, de 25 de março de 1999 e o art. 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS. Não comprovação de oferecimento de migração para apólice individual. Tese de que a operadora não mais comercializa planos de saúde individual. Art. 3º da Resolução nº 19 do CONSU que estabelece que somente as seguradoras que não mantêm contrato de plano de saúde individual estão isentas da aludida obrigação. Prestadora de serviços que não comprovou não comercializar, tampouco, manter planos de saúde individual. Verificação de efetiva autorização da ANS para comercialização de plano individual. Possibilidade de futura migração dos autores para plano de saúde individual ou familiar reconhecida. Rescisão unilateral que se mostra abusiva. Incidência, ainda, do disposto no artigo 13, inciso II, da Lei 9.656/98, aplicável, por analogia, aos contratos coletivos. Precedentes. Sentença mantida. Recurso desprovido. Danos morais. Não caracterização. A chave funcional do dano moral está no princípio constitucional e fundamental da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, da Carta da



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

República). Rescisão contratual imotivada prevista contratualmente. Conduta da operadora de saúde que não implicou em dano do estado de saúde do segurado, nem lhes impôs sofrimento ou ameaça à sua integridade física. Ausência de real penetração de eventual conduta ilícita e indevida na sobre a personalidade humana. Sentença parcialmente reformada. Recurso parcialmente provido.

Embargos de declaração: opostos por UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, foram rejeitados.

Recurso especial de PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS: sustentam a existência de dissídio jurisprudencial no que tange à configuração do dano moral *in re ipsa* a partir da recusa indevida de cobertura assistencial médica pela operadora de plano de saúde.

Pleiteia o conhecimento e provimento do recurso especial a fim de seja a recorrida condenada a compensar o dano moral.

Recurso especial de UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A: aponta violação dos arts. 774 e 796 do CC/02, bem como do arts. 51, IV e XI, do CDC, além do dissídio jurisprudencial.

Afirma que “o contrato de seguro então comercializado pela seguradora recorrente previa expressamente seu prazo de vigência, que era anual, assim como previa a possibilidade, ou não, de renovação da avença”, bem como que não há falar em abusividade de cláusula, tendo em vista que “ela não regula hipótese de cancelamento contratual, mas de não renovação ao término do prazo de vigência contratual” e “a faculdade de não renovar – ou seja, contratar novamente – é de ambas as partes” (fl. 897, e-STJ).

Sustenta que “tornar contratos por prazo determinado em contratos perpétuos terá forte repercussão na estrutura técnica do contrato de seguro – como já vimos –, colocando em risco toda a coletividade de segurados, mesmo que se pense, agora, serem eles os beneficiados pelo ato” (fl. 907, e-STJ).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Alega que “a Recorrente não é obrigada a ofertar aos associados plano individual ou mesmo oportunidade de migrarem para planos individuais” e que “é da administradora a responsabilidade de migrar os segurados para outro plano” (fl. 908, e-STJ).

Assevera que “o oferecimento de plano de saúde na modalidade individual (CONSU nº. 19 da ANS) trata-se de obrigação impossível, tendo em vista que a recorrente não comercializa este tipo de produto (...) sequer possui autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar para tal ” (fl. 913-914, e-STJ)

Defende que “os contratos coletivos têm uma sistemática de cálculo de prêmio totalmente distinta da contratação individual”; que “os prêmios mensais devidos nos contratos empresariais são consideravelmente mais baixos que os valores devidos nos planos individuais”; e que “não há disposição normativa exigindo que as operadoras de seguro saúde, como a recorrente, mantenham planos individuais” (fl. 915-916, e-STJ).

Pleiteia seja conhecido e provido o recurso especial para reformar o acórdão recorrido, julgando improcedentes os pedidos deduzidos na exordial.

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/SP admitiu o recurso de UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A e inadmitiu o recurso de PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS, dando azo à interposição do agravo, provido para determinar a conversão em especial.

Na sessão de 09/06/2020, proferi voto negando provimento ao recurso de PAULO E OUTROS e dando parcial provimento ao da UNIMED, após o que pediu vista antecipada dos autos o e. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

Na sessão de 04/08/2020, Sua Excelência proferiu voto parcialmente divergente, no sentido de negar provimento ao recurso especial de PAULO E



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

OUTRA e dar provimento ao recurso especial da UNIMED, julgando “improcedentes os pedidos formulados na inicial, com a determinação, contudo, de que seja feita nova comunicação aos autores a respeito da extinção do vínculo contratual, levando-se em consideração a data da efetiva cessação dos efeitos contratuais até então prorrogados, incluída a efetiva ciência do direito de exercício da portabilidade de carências, em conformidade com a legislação em vigor”.

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.732.511 - SP (2018/0074160-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A

ADVOGADOS : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI - SP139482

KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - SP327408

RECORRENTE : PAULO HUMBERTO NAVES GONCALVES

RECORRENTE : MARIANGELA SILVA GONCALVES

ADVOGADOS : VALDEMIR DA SILVA PINTO - SP115567

FABRÍCIO DE OLIVEIRA KLÉBIS - SP183854

FERNANDO HENRIQUE CHELLI - SP249623

RENATO CESAR BANHETI PRUDENCIO - SP351662

RECORRIDO : OS MESMOS

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO DE DANO MORAL. CONTRATO DE SEGURO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. NÃO RENOVAÇÃO PELA OPERADORA. OPERADORA QUE NÃO MANTÉM PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL. LEI 9.656/1998. ART. 3º DA RESOLUÇÃO CONSU Nº 19/1999. CDC. DIÁLOGO DAS FONTES. LICITUDE DA RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA OPERADORA. BENEFICIADOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O PLANO DE SAÚDE. DIREITO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIA RECONHECIDO. DANO MORAL. DÚVIDA RAZOÁVEL NA INTERPRETAÇÃO DO CONTRATO. AUSÊNCIA DE AGRAVAMENTO DA AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E DE ANGÚSTIA DOS BENEFICIÁRIOS. NÃO COMPROVAÇÃO DA SITUAÇÃO DE URGENTE E FLAGRANTE NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO. DANO MORAL NÃO CARACTERIZADO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos materiais e compensação de dano moral ajuizada em 31/03/2015, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos em 18/05/2017 e



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

22/05/2017 e atribuído ao gabinete em 04/04/2018.

2. O propósito dos recursos consiste em decidir sobre a validade da manifestação da operadora de seguro de saúde coletivo por adesão pela não renovação do contrato; sobre a possibilidade de obriga-la a manter o vínculo com o universo de beneficiários; bem como sobre a configuração de dano moral pela negativa de cobertura do atendimento médico.

3. A ANS, no exercício de seu poder normativo e regulamentar acerca dos planos de saúde coletivos – ressalvados, apenas, os de autogestão –, deve observar os ditames do CDC.

4. Se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo por adesão a não renovar o contrato; de outro lado, o CDC impõe que os respectivos beneficiários, que contribuíram para o plano, não fiquem absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde e de seu grupo familiar.

5. A interpretação puramente literal do art. 3º da Resolução CONSU nº 19/1999 agrava sobremaneira a situação de vulnerabilidade do consumidor que contribuiu para o serviço e favorece o exercício arbitrário, pelas operadoras de seguro de saúde coletivo, do direito de não renovar o contrato celebrado por adesão, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

6. O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a estipulante, corresponde o dever de proteção dos consumidores (beneficiários), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço.

7. Na ausência de norma legal expressa que resguarde o consumidor na hipótese de rescisão unilateral do contrato coletivo pela operadora, há de se reconhecer o direito à portabilidade de carências, permitindo, assim, que os beneficiários possam contratar um novo plano de saúde, observado o prazo de permanência no anterior, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária e sem custo adicional pelo exercício do direito.

8. A orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de ser possível, em determinadas situações fáticas, afastar a presunção de dano moral na hipótese em que a recusa de cobertura pelo plano de saúde decorrer de dúvida razoável na interpretação do contrato, por não configurar conduta ilícita capaz de ensejar o dever de compensação.

9. Hipótese em que, além de a atuação da operadora estar revestida de aparente legalidade, a afastar a ocorrência do ato ilícito, não sobressai do contexto delineado na origem que tal fato tenha agravado eventual aflição



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

psicológica e de angústia dos beneficiários, tampouco que estivessem em situação de urgente e flagrante necessidade de atendimento médico, a afastar a configuração do dano moral.

10. Recursos especiais conhecidos, desprovido o dos beneficiários e provido o da operadora.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.732.511 - SP (2018/0074160-1)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A
ADVOGADOS : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI - SP139482
KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - SP327408
RECORRENTE : PAULO HUMBERTO NAVES GONCALVES
RECORRENTE : MARIANGELA SILVA GONCALVES
ADVOGADOS : VALDEMIR DA SILVA PINTO - SP115567
FABRÍCIO DE OLIVEIRA KLÉBIS - SP183854
FERNANDO HENRIQUE CHELLI - SP249623
RENATO CESAR BANHETI PRUDENCIO - SP351662
RECORRIDO : OS MESMOS

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI (RELATOR):

O propósito dos recursos consiste em decidir sobre a validade da manifestação da operadora de seguro de saúde coletivo por adesão pela não renovação do contrato; sobre a possibilidade de obriga-la a manter o vínculo com o universo de beneficiários; bem como sobre a configuração de dano moral pela negativa de cobertura do atendimento médico.

DA DELIMITAÇÃO DA CONTROVÉRSIA

01. O contexto delineado no acórdão de apelação dá conta de que PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS são beneficiários de apólice de seguro de saúde coletivo por adesão, estipulada pela Aliança Administradora de Benefícios de Saúde S/A com a UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, em convênio com a Confederação Nacional das Profissões Liberais – CNPL.

02. Consta do acórdão, ainda, que, em 20/10/2014, a UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A notificou sobre o cancelamento da apólice a partir de 31/12/2014, tendo HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS, em 19/12/2014,



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

celebrado, com a intermediação da estipulante, nova apólice de seguro que passaria a vigorar a partir de 01/01/2015.

03. No entanto, a despeito de terem sido debitados da conta corrente os valores da primeira mensalidade, PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS não receberam os cartões de identificação do plano, o que tem impossibilitado a utilização dos serviços.

DA VALIDADE DA MANIFESTAÇÃO DA OPERADORA DE SEGURO DE SAÚDE COLETIVO PELA NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

04. A jurisprudência desta Corte admite, via de regra, a rescisão unilateral imotivada do contrato coletivo de plano de saúde, após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário, com antecedência mínima de sessenta dias, por entender que a vedação prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/1998, se aplica somente aos contratos individuais ou familiares (AgInt nos EDcl no REsp 1.792.904/SP, Quarta Turma, julgado em 12/11/2019, DJe 09/12/2019; AgInt no REsp 1.663.346/SP, Terceira Turma, julgado em 26/08/2019, DJe 30/08/2019; AgInt no REsp 1.796.023/SP, Quarta Turma, julgado em 25/06/2019, DJe 28/06/2019; REsp 1.471.569/RJ, Terceira Turma, julgado em 01/03/2016, DJe 07/03/2016).

05. Logo, ao contrário do que decidiu o TJ/SP, o art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/1998, não se aplica, sequer por analogia, à hipótese dos autos, que trata de seguro de saúde coletivo, sendo, portanto, válida a manifestação da operadora pela não renovação do contrato.

DA POSSIBILIDADE DE OBRIGAR A OPERADORA DE SEGURO DE SAÚDE COLETIVO A MANTER O VÍNCULO COM O UNIVERSO DE



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

BENEFICIÁRIOS

06. O art. 35-A da Lei 9.656/1998 confere ao CONSU – Conselho de Saúde Suplementar – competência para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar.

07. No exercício dessa atribuição, foi editada a Resolução CONSU nº 19, de 25/03/1999, que dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados.

08. O art. 1º do ato normativo em questão dispõe que “as operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência”.

09. O art. 3º, no entanto, faz a ressalva de que tal disposição se aplica somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.

10. Com base nesse dispositivo, a UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A afirma que “o oferecimento de plano de saúde na modalidade individual (CONSU nº. 19 da ANS) trata-se de obrigação impossível, tendo em vista que a recorrente não comercializa este tipo de produto” (fl. 913, e-STJ).

11. Quanto a essa questão, o TJ/SP, com base nas regras protetivas ao consumidor e nos dispositivos da Lei 9.656/1998, decidiu ser de rigor “reconhecer a obrigação da ré de assegurar aos segurados a manutenção do seu contrato, nas mesmas condições do anteriormente celebrado na forma coletiva, tal e qual



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

determinado na r. sentença de primeiro grau” (fl. 403, e-STJ).

12. A solução da controvérsia passa, portanto, pela leitura das regras da Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, e das regras do CDC.

13. Ao fazer essa análise, leciona Maria Stella Gregori:

Por conseguinte, os consumidores de planos privados de assistência à saúde têm, em primeiro lugar, o direito de ver reconhecidos todos os direitos e princípios assegurados pelo Código de Defesa do Consumidor, tanto na esfera da regulamentação administrativa, quanto na esfera judicial.

A interpretação da lei especial está subsumida no reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor (art. 4º, I, do CDC), o que leva à observância de seus direitos básicos (art. 6º do CDC), à interpretação das cláusulas contratuais em seu favor (art. 47 do CDC) e ao expurgo, por nulidade absoluta, de cláusulas contratuais abusivas (art. 51 do CDC).

(...)

Volta-se, nesse passo, a afirmar que o Código de Defesa do Consumidor tem raiz constitucional, portanto é hierarquicamente superior à Lei 9.656/1998, que, por sua vez, é posterior e especial. Como já foi visto, há complementariedade entre eles: o Código de Defesa do Consumidor regula todas as relações de consumo e a Lei 9.656/1998 regula as especificidades dos planos privados de assistência à saúde.

Compartilhando do entendimento de Marcelo Sodre cabe destacar que “as leis de defesa do consumidor, na exata medida em que fixarem princípios a serem perseguidos – e neste caso se tornarem leis principiológicas – terão superioridade em relação às demais leis especiais”. (Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. 4ª ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. p. 164-165)

14. Bruno Miragem, ao tratar sobre plano de assistência à saúde e regulação da ANS, alerta para um superdimensionamento da competência normativa secundária (regulamentar) da ANS, a qual, segundo afirma, “tem dado causa à edição de regulamentos de frágil conformidade com as disposições e/ou o fundamento teleológico da Lei 9.656/98 e do Código de Defesa



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

do Consumidor” (Curso de Direito do Consumidor. 4ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 410).

15. No âmbito jurisdicional, a edição da súmula 608 pelo STJ reforça a tese de que a ANS, no exercício de seu poder normativo e regulamentar acerca dos planos e seguros de saúde coletivos – ressalvados, apenas, os de autogestão –, deve observar os ditames do CDC.

16. Impende ressaltar que os contratos de planos e seguros de saúde apresentam características peculiares, assim destacadas por Bruno Miragem:

a) revestem-se de grande importância social, dado o caráter vital da prestação principal do fornecedor; b) seu interesse útil revela-se na promoção e preservação da vida e da saúde do consumidor, vinculando-se por isso com a própria proteção da pessoa humana; c) durante a execução do contrato, em muitas situações percebe-se a vulnerabilidade do consumidor, em vista de enfermidade e a necessidade de obtenção de meios para o seu tratamento. (Obra citada. p. 407)

17. De fato, depois da própria vida, não há bem mais caro ao ser humano que a sua saúde!

18. Então, se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo por adesão a não renovar o contrato; de outro lado, o CDC impõe que os respectivos beneficiários, que contribuíram para o plano, não fiquem absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde e de seu grupo familiar.

19. Por todo o exposto, não há como fazer uma interpretação puramente literal do art. 3º da Resolução CONSU nº 19/1999, como pretende a recorrente, sob pena de se agravar sobremaneira a situação de vulnerabilidade do consumidor que contribuiu para o serviço, além de favorecer o exercício arbitrário,



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

pelas operadoras de seguro de saúde coletivos, do direito de não renovar o contrato celebrado por adesão, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

20. O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a estipulante, corresponde o dever de proteção dos consumidores (beneficiários), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço.

21. Sob essa ótica, e considerando as ponderações tecidas pelo e. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva em seu voto-vista, conclui-se que, na ausência de norma legal expressa que resguarde o consumidor na hipótese de rescisão unilateral do contrato coletivo pela operadora, há de se reconhecer o direito à portabilidade de carências, instituído pela Res. ANS 186/2009, permitindo, assim, que os beneficiários possam contratar um novo plano de saúde, observado o prazo de permanência no anterior, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária e sem custo adicional pelo exercício do direito.

22. Essa conclusão é reforçada pelo fato de que, recentemente, a Res. ANS 186/2009 foi revogada pela Res. ANS 438/2018, a qual prevê expressamente a possibilidade de portabilidade de carências na hipótese específica de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante (art. 8º, IV), dentre outras mudanças favoráveis ao consumidor, como a extinção de um período-limite para a solicitação da portabilidade (janela) e o fim da exigência de compatibilidade de cobertura para a mudança de plano, nestes termos:

Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta Resolução, nas seguintes hipóteses:

(...)

IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no caput.

§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução.

§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

(...)

Art. 11. A operadora ou a administradora de benefícios, seja do plano de origem ou do plano de destino, não poderá realizar qualquer cobrança ao beneficiário em virtude do exercício da portabilidade de carências.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Parágrafo único. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

(...)

Art. 21. No exercício do direito à portabilidade de carências não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

23. Logo, há de ser parcialmente reformado o acórdão impugnado para que sejam os beneficiários devidamente cientificados da extinção do vínculo em decorrência da rescisão do contrato de plano de saúde coletivo pela operadora, contando-se, a partir de então, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora.

DA CONFIGURAÇÃO DE DANO MORAL PELA NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA DO ATENDIMENTO MÉDICO

24. Em um primeiro exame da questão, o STJ adotou o entendimento de que a negativa de cobertura caracterizaria mero descumprimento contratual; no entanto, a partir do julgamento do AgRg no Ag nº 520.390/RJ (Terceira Turma, DJ de 05/04/2004), passou a adotar a tese segundo a qual a recusa indevida em fornecer o serviço de seguro esperado pelo consumidor, em momento de extrema angústia, gera dano moral.

25. Assim, embora se reconheça que a regra geral seja a de que o simples inadimplemento contratual não gera, por si só, dano moral, a jurisprudência do STJ considera excepcional a hipótese de recusa injusta e abusiva da cobertura, pois, na própria descrição das circunstâncias do ilícito, é possível verificar consequências bastante sérias de cunho psicológico que são resultado direto do inadimplemento.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

26. É dizer, a sujeição do consumidor à indevida recusa de cobertura pela seguradora de saúde, quando já se encontra ele em urgente e flagrante necessidade de atendimento médico, é apta a gerar danos ao seu patrimônio moral.

27. De fato, maior tormento que a dor da doença é o martírio de ser privado da sua cura, haja vista que, com a contratação do seguro, o consumidor tem a justa e legítima expectativa de que receberá a prestação adequada para sua convalescença.

28. No entanto, paralelamente a essa orientação, as Turmas de Direito Privado reconhecem que, em circunstâncias específicas, o sofrimento do segurado deve ser sopesado na hipótese de a recusa do tratamento ter derivado de interpretação razoável das cláusulas contratuais pela seguradora, o que configuraria mero descumprimento contratual.

29. Nessa toada, em determinadas situações fáticas, a orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de ser “possível afastar a presunção de dano moral na hipótese em que a recusa de cobertura pelo plano de saúde decorre de dúvida razoável na interpretação de cláusula contratual” (AgRg no AREsp 846.940/SC, Terceira Turma, DJe 01/08/2016), pois “dúvida razoável na interpretação do contrato [...] não configura conduta ilícita capaz de ensejar indenização” (AgInt no AREsp 983.652/SP, Terceira Turma, DJe 02/02/2017).

30. Cabe esclarecer que a recusa indevida e injusta se diferencia da recusa pautada em interpretações razoáveis de cláusulas contratuais pela circunstância de que, na primeira hipótese, ocorre a ofensa ao interesse legítimo do segurado em um momento de extremada angústia.

31. Existe, pois, a possibilidade de que a interpretação de determinada cláusula seja razoável, não havendo frustração de interesses legítimos da



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

contraparte, e cujo inadimplemento configuraria o mero descumprimento contratual.

32. Essa situação somente é configurável se não houver violação ao princípio da boa-fé objetiva, previsto no art. 422 do CC/02, que “impõe um padrão de conduta a ambos os contratantes no sentido da recíproca colaboração, com consideração aos interesses comuns, em vista de se alcançar o efeito prático que justifica a própria existência do contrato” (TEPEDINO, Gustavo; BARBOZA, Heloísa Helena, MORAES, Maria Celina Bodin. Código Civil interpretado conforme a Constituição da República, Vol. II. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, pág.16).

33. Com efeito, por meio da função integrativa, de criação de deveres jurídicos, a boa-fé objetiva prevê deveres anexos, laterais, secundários ou acessórios, regulamentadores da conduta a ser seguida em todos os períodos contratuais, considerados os interesses legítimos e expectativas razoáveis da outra parte, dentre os quais se destaca o dever de informar.

34. O dever lateral de informação, especialmente no direito consumerista, tem grande relevo, pois “a pertinência da informação é fundamental para que o contratante possa ser alertado sobre fatos que a sua diligência ordinária não alcançaria isoladamente” (Rosenvald, Nelson. Dignidade humana e boa-fé no Código Civil. São Paulo: Saraiva, 2007, pág. 109).

35. Assim, para que o fornecedor aja com lealdade e de modo a não frustrar as legítimas expectativas do consumidor, deve dar a máxima informação possível sobre os dados e limites do produto ou serviço que oferece.

36. Trata-se de consagração do princípio da transparência, expresso no art. 4º, *caput*, do CDC, segundo o qual a relação contratual deve se mostrar clara para as partes, com descrição e informação correta sobre o produto ou o serviço a ser prestado, inclusive quanto às cláusulas limitativas dos direitos do



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

consumidor (art. 54, § 4º, do CDC).

37. Dessa forma, evidenciada a atuação pautada na boa-fé objetiva, sobretudo pelo cumprimento do dever de informação e de transparência, a eventual insatisfação quanto a determinadas cláusulas não trará como consequência, por si mesma, a ocorrência de dano moral, pois, nesse caso, não terá sido criada no consumidor a expectativa legítima de atendimento, sendo afastada a geração presumida, imediata e direta de abalo emocional compensável.

38. No particular, consoante se infere do acórdão recorrido, a negativa de cobertura decorreu do fato de o contrato, celebrado por prazo determinado, não ter sido renovado pela operadora, conduta que, como visto, é autorizada pelo ordenamento jurídico, especificamente pela Resolução CONSU nº 19/1999, mas que exige, na linha do entendimento firmado neste julgamento, a observância das normas de proteção do consumidor.

39. Ainda de acordo com o TJ/SP, “o contrato foi restabelecido com brevidade (4 meses)” e o dano “não produzira nenhum agravamento no estado de saúde dos recorridos” (fl. 404, e-STJ).

40. Nesse contexto, o Tribunal de origem concluiu que “não restou demonstrado a contento que o suposto sofrimento dos segurados fosse de tal monta que justificasse a reparação monetária, tampouco que houvera negativa de atendimento médico” (fl. 406, e-STJ).

41. Daí se verifica que, na espécie, além de a atuação da operadora estar revestida de aparente legalidade – porquanto só em juízo passou a ser exigida a observância dos termos da Res. ANS 186/2009 para permitir a portabilidade de carências –, a afastar a ocorrência do ato ilícito, não sobressai do contexto delineado na origem que tal fato tenha agravado eventual aflição psicológica e de angústia dos beneficiários, tampouco que estivessem em situação



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

de urgente e flagrante necessidade de atendimento médico, a afastar a configuração do dano moral.

DA CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO dos recursos especiais, NEGOU PROVIMENTO ao de PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS, e DOU PROVIMENTO ao da UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, a fim de julgar improcedentes os pedidos deduzidos na petição inicial, com a determinação de que sejam novamente cientificados os autores da extinção do vínculo havido com a operadora, levando-se em consideração a data da efetiva cessação dos efeitos contratuais até então prorrogados, contando-se, a partir daí, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentar.

Em consequência, ficam PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTROS condenados a arcar com as custas processuais e os honorários advocatícios, ora fixados em 15% (quinze por cento) sobre o valor atualizado da causa, com fundamento no art. 85, § 2º, do CPC/2015, observada eventual gratuidade de justiça.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2018/0074160-1 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.732.511 / SP**

Números Origem: 10041188920158260482 20160000779172 20170000274540 20865711820158260000

PAUTA: 09/06/2020

JULGADO: 09/06/2020

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ONOFRE DE FARIA MARTINS**

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A
ADVOGADOS : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI - SP139482
 KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - SP327408
RECORRENTE : PAULO HUMBERTO NAVES GONCALVES
RECORRENTE : MARIANGELA SILVA GONCALVES
ADVOGADOS : VALDEMIR DA SILVA PINTO - SP115567
 FABRÍCIO DE OLIVEIRA KLÉBIS - SP183854
 FERNANDO HENRIQUE CHELLI - SP249623
 RENATO CESAR BANHETI PRUDENCIO - SP351662
RECORRIDO : OS MESMOS

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, negando provimento ao recurso especial de Paulo Humberto Naves Gonçalves e Outro e dando parcial provimento ao recurso da Unimed Seguros Saúde S/A, pediu vista antecipada o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Aguardam os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro (Presidente).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.732.511 - SP (2018/0074160-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A
ADVOGADOS : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI - SP139482
KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - SP327408
RECORRENTE : PAULO HUMBERTO NAVES GONCALVES
RECORRENTE : MARIANGELA SILVA GONCALVES
ADVOGADOS : VALDEMIR DA SILVA PINTO - SP115567
FABRÍCIO DE OLIVEIRA KLÉBIS - SP183854
FERNANDO HENRIQUE CHELLI - SP249623
RENATO CESAR BANHETI PRUDENCIO - SP351662
RECORRIDO : OS MESMOS

VOTO-VISTA

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA: Trata-se de recursos especiais interpostos por UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A., com fulcro no art. 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal, e por PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTRA, com fundamento na alínea "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (fls. 384-406), que deu parcial provimento à apelação da seguradora para afastar a condenação por danos morais, mantendo a procedência da ação de obrigação de fazer quanto à manutenção do seguro de saúde coletivo por adesão dos autores, bem como no tocante à indenização por danos materiais.

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"Plano de saúde coletivo, por adesão. Aplicabilidade do CDC (Súmula 469 do C. STJ). Possibilidade de revisão de cláusulas contratuais que decorre do próprio sistema jurídico (arts. 478 e 480 do CC e art. 6º, V, do CDC). Relativização da 'pacta sunt servanda'.

Preliminar. Legitimidade ativa ad causam. Consumidores-segurados que são beneficiários de apólice coletiva de assistência à saúde. Legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por associação de classe. Exegese da Súmula 101 deste C. Tribunal de Justiça. Preliminar rejeitada.

Cancelamento unilateral imotivado da apólice de seguro. Tese da operadora de saúde de que houvera a mera não renovação do contrato celebrado com a estipulante e a entidade de classe. Relação controvertida que versa sobre efeitos do término daquela relação jurídica sobre a apólice de seguro dos autores. Planos privados de assistência à saúde que estão sujeitos à renovação automática ex lege (art. 13 da Lei nº 9.656/98). Encerramento do plano coletivo que consubstancia verdadeiro cancelamento. Relação jurídica direta que constitui direito substantivo autônomo. Cancelamento daquela avença que não pode levar o beneficiário final da apólice de seguro em posição de extrema desvantagem. Parte hipossuficiente que não pode ser surpreendida com a abrupta ruptura da cobertura securitária. A denúncia vazia promovida inopinadamente pela operadora de saúde não deve vincular o segurado. Possibilidade de rescisão, desde que a notificação observe o disposto no art. 1º da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar CONSU nº 19, de 25 de março de 1999 e o art. 17 da



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS. Não comprovação de oferecimento de migração para apólice individual. Tese de que a operadora não mais comercializa planos de saúde individual. Art. 3º da Resolução nº 19 do CONSU que estabelece que somente as seguradoras que não mantêm contrato de plano de saúde individual estão isentas da aludida obrigação. Prestadora de serviços que não comprovou não comercializar, tampouco, manter planos de saúde individual. Verificação de efetiva autorização da ANS para comercialização de plano individual. Possibilidade de futura migração dos autores para plano de saúde individual ou familiar reconhecida. Rescisão unilateral que se mostra abusiva. Incidência, ainda, do disposto no artigo 13, inciso II, da Lei 9.656/98, aplicável, por analogia, aos contratos coletivos. Precedentes.

Sentença mantida. Recurso desprovido.

Danos morais. Não caracterização. A chave funcional do dano moral está no princípio constitucional e fundamental da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, da Carta da República). Rescisão contratual imotivada prevista contratualmente. Conduta da operadora de saúde que não implicou em dano do estado de saúde do segurado, nem lhes impôs sofrimento ou ameaça à sua integridade física. Ausência de real penetração de eventual conduta ilícita e indevida na sobre a personalidade humana. Sentença parcialmente reformada. Recurso parcialmente provido”(fls. 385-386).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 415-421).

Irresignadas, as duas partes interpuseram recurso especial.

A UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A., em suas razões recursais, aponta contrariedade aos arts. 774 e 796 do Código Civil (CC) e 51, IV e XI, do Código de Defesa do Consumidor (CDC), além de divergência jurisprudencial.

Afirma ser lícita a fixação de prazo determinado para os contratos de seguro de saúde, sendo consequência legal o direito de não renovação contratual.

Acrescenta que a apólice “(...) previa expressamente seu prazo de vigência, que era anual, assim como previa a possibilidade, ou não, de renovação da avença”(fl. 897).

Sustenta que “(...) o Código de Defesa do Consumidor não impõe ao fornecedor a obrigação de contratar indefinidamente”(fl. 899).

Argui que não lhe pode ser imposta a obrigação de ofertar a migração do plano coletivo (extinto) para planos individuais ou familiares, porquanto não comercializa tais modalidades de produto, nem possui autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Por seu turno, os demandantes apontam a ocorrência de dissídio pretoriano quanto à configuração do dano moral. Alegam, em síntese, que tais prejuízos são *in re ipsa*, devendo ser compensados, sobretudo diante do abalo psíquico que sofreram.

Buscam, assim, o restabelecimento da sentença na parte que condenou a demandada a reparar os danos morais.

Na sessão do dia 9/6/2020, a Relatora, a eminente Ministra Nancy Andrighi,



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

negou provimento ao recurso especial de PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTRA e deu parcial provimento ao recurso da UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A., a fim de determinar que a manutenção dos autores como beneficiários, nas mesmas condições de que gozavam quando da vigência do contrato de seguro de saúde coletivo por adesão, fosse limitada ao período de um terço do tempo de permanência anterior, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ou até que fosse contratado novo benefício pela estipulante.

Concluiu, com base em analogia, ser aplicável à hipótese a regra do art. 30 da Lei nº 9.656/1998, de modo a assegurar ao consumidor que aderir ao seguro de saúde coletivo,

"(...) no caso de não renovação do contrato pela operadora que não oferece plano na modalidade individual ou familiar, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da sua vigência, pelo período de um terço do tempo de permanência, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses".

O voto foi assim sumariado:

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO DE DANO MORAL. CONTRATO DE SEGURO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. NÃO RENOVAÇÃO PELA OPERADORA. OPERADORA QUE NÃO MANTÉM PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL. LEI 9.656/1998. ART. 3º DA RESOLUÇÃO CONSU Nº 19/1999. CDC. DIÁLOGO DAS FONTES. BENEFICIADOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O PLANO DE SAÚDE. EXTENSÃO DOS EFEITOS DO CONTRATO COLETIVO. ART. 30 DA LEI 9.656/1998. DANO MORAL. DÚVIDA RAZOÁVEL NA INTERPRETAÇÃO DO CONTRATO. AUSÊNCIA DE AGRAVAMENTO DA AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E DE ANGÚSTIA DOS BENEFICIÁRIOS. NÃO COMPROVAÇÃO DA SITUAÇÃO DE URGENTE E FLAGRANTE NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO. DANO MORAL NÃO CARACTERIZADO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos materiais e compensação de dano moral ajuizada em 31/03/2015, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos em 18/05/2017 e 22/05/2017 e atribuído ao gabinete em 04/04/2018.

2. O propósito dos recursos consiste em decidir sobre a validade da manifestação da operadora de seguro de saúde coletivo por adesão pela não renovação do contrato; sobre a possibilidade de obrigá-la a manter o vínculo com o universo de beneficiários; bem como sobre a configuração de dano moral pela negativa de cobertura do atendimento médico.

3. A ANS, no exercício de seu poder normativo e regulamentar acerca dos planos de saúde coletivos – ressalvados, apenas, os de autogestão –, deve observar os ditames do CDC.

4. Se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo por adesão a não renovar o contrato; de outro lado, o CDC impõe que os respectivos beneficiários, que contribuíram para o plano, não fiquem absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde e de seu grupo familiar.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

5. A interpretação puramente literal do art. 3º da Resolução CONSU nº 19/1999 agrava sobremaneira a situação de vulnerabilidade do consumidor que contribuiu para o serviço e favorece o exercício arbitrário, pelas operadoras de seguro de saúde coletivo, do direito de não renovar o contrato celebrado por adesão, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

6. O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a estipulante, corresponde o dever de proteção dos consumidores (beneficiários), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço.

7. Na ausência de norma expressa que verse sobre a hipótese, tem-se como razoável, no caso de não renovação do contrato pela operadora que não oferece plano na modalidade individual ou familiar, que se aplique a regra do art. 30 da Lei 9.656/1998, para estender, em favor dos beneficiários que contribuíram para o serviço, os efeitos do contrato coletivo de seguro de saúde por adesão, por prazo determinado e razoável, e sem prejuízo do custeio integral, a fim de também proteger os interesses úteis e legítimos dos consumidores.

8. A orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de ser possível, em determinadas situações fáticas, afastar a presunção de dano moral na hipótese em que a recusa de cobertura pelo plano de saúde decorrer de dúvida razoável na interpretação do contrato, por não configurar conduta ilícita capaz de ensejar o dever de compensação.

9. Hipótese em que, além de a atuação da operadora estar revestida de aparente legalidade, a afastar a ocorrência do ato ilícito, não sobressai do contexto delineado na origem que tal fato tenha agravado eventual aflição psicológica e de angústia dos beneficiários, tampouco que estivessem em situação de urgente e flagrante necessidade de atendimento médico, a afastar a configuração do dano moral.

10. Recursos especiais conhecidos, desprovido o dos beneficiários e parcialmente provido o da operadora."

Pedi vista antecipada dos autos para melhor exame da matéria.

De início, acompanho a Relatora, Ministra Nancy Andrighi, quanto ao não provimento do recurso especial dos autores - PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTRA -, visto que não demonstrado concretamente nenhum ato gerador de dano moral, que teria sido praticado pela seguradora.

No mais, cinge-se a controvérsia a definir se (i) é lícito à seguradora não renovar ou rescindir unilateralmente seguro de saúde coletivo por adesão e (ii) se ela possui a obrigação de fornecer aos beneficiários, em substituição, produtos na modalidade individual, mesmo na hipótese de não os comercializar.

No tocante à legalidade do ato rescisório, o art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 vedou a suspensão ou a rescisão unilateral nos planos (ou seguros) de saúde individuais ou familiares, salvo por motivo de fraude ou de não pagamento da mensalidade



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

por período superior a 60 (sessenta) dias, privilegiando o princípio da conservação dos contratos.

Por outro lado, nos contratos privados de assistência à saúde coletivos com quantidade igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, e desde que haja cláusula contratual a respeito, a jurisprudência deste Tribunal Superior admite a rescisão imotivada após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (art. 17, *caput*, da Resolução Normativa (RN) nº 195/2009 da ANS) (AgInt nos EDcl no REsp nº 1.694.072/SP, Rel. Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, DJe 26/10/2018; REsp nº 1.680.045/SP, Rel. Ministra Nancy Andrichi, Terceira Turma, DJe 15/2/2018, e AgRg no REsp nº 1.421.266/DF, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, DJe 23/10/2015).

Ademais, quanto aos contratos coletivos de plano (ou seguro) de saúde com menos de 30 (trinta) usuários, a operadora (ou seguradora) não pode se valer da cláusula contratual que faculta a não renovação da avença sem antes promover a motivação idônea da causa rescisória, haja vista a natureza híbrida dessa relação contratual, incidindo a legislação consumerista (REsp nº 1.692.594/SP, Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, DJe 19/2/2020; REsp nº 1.776.047/SP, Rel. Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, DJe 25/4/2019, e REsp nº 1.553.013/SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe 20/3/2018).

No caso, a seguradora promoveu devidamente a rescisão unilateral do seguro de saúde coletivo, pois observou os parâmetros legais. Falta examinar, portanto, o ponto referente à obrigatoriedade de migração dos segurados para apólices individuais.

Como cediço, na hipótese de cancelamento do plano (ou seguro) coletivo de assistência à saúde, deve ser permitido que os beneficiários migrem para apólices individuais ou familiares, sem o cumprimento de carência, desde que a entidade comercialize esses produtos.

Confirmam-se os arts. 1º e 3º da Res.-CONSU nº 19/1999, que disciplinou a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados:

"Art. 1º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. (...)

Art. 3º Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar". (grifou-se)

Cumprido acentuar que, mesmo havendo a migração de beneficiários do plano (ou seguro) coletivo para o plano individual, não há falar na manutenção do valor das mensalidades, haja vista as peculiaridades de cada regime e tipo contratual (atuária e massa de beneficiários), que geram preços diferenciados. De qualquer modo, deve ser evitada a onerosidade excessiva, sendo utilizados como referência os valores de mercado, a evitar eventuais abusividades (REsp nº 1.471.569/RJ, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe 7/3/2016).

Logo, a seguradora ou a operadora de plano de saúde não pode ser obrigada a oferecer produto na modalidade individual a beneficiário de seguro ou plano coletivo extinto se ela não disponibiliza no mercado tal tipo de apólice.

Desse modo, no caso concreto, a seguradora não cometeu nenhuma ilegalidade ou abusividade em apenas comunicar aos autores, no prazo legal, a extinção da apólice coletiva, visto ser inviável o oferecimento, em substituição, de seguro de saúde individual, já que não mais explora comercialmente tal modalidade.

Nesse passo, cabe asseverar que não é ilegal a recusa de seguradoras ou operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuarem apenas no segmento de planos coletivos. Com efeito, não há nenhuma norma legal que as obrigue a atuar em determinado ramo de seguro ou plano de saúde. O que é vedado, na verdade, é a discriminação de consumidores a produtos e serviços que já são oferecidos no mercado de consumo por determinado fornecedor, como costuma ocorrer em recusas arbitrárias na contratação de planos individuais quando tal tipo estiver previsto na carteira da empresa (REsp nº 1.592.278/DF, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe 20/6/2016).

Por pertinente, impende mencionar que o Procedimento de Investigação Preliminar (PIP) nº 08190.000782/09-74 instaurado pelo Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios, por provocação de representação noticiando a negativa de algumas operadoras de comercializar planos individuais, foi arquivado por não ter sido vislumbrada a necessidade de ajuizamento de ação para a proteção de direitos coletivos.

Na espécie, a Ministra Relatora, em seu voto, entendeu razoável a aplicação, por



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

analogia, da regra do art. 30 da Lei nº 9.656/1998, tentando conciliar *"(...) o dever de proteção dos consumidores (beneficiários), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço"*, com o direito da operadora de se *"(...) desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a estipulante"*.

Assim, concluiu que

"(...) ao consumidor que aderir ao seguro de saúde coletivo é assegurado, no caso de não renovação do contrato pela operadora que não oferece plano na modalidade individual ou familiar, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da sua vigência, pelo período de um terço do tempo de permanência, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

(...)

Por fim, essa condição deixará de existir quando da celebração de novo contrato de plano de saúde pelo estipulante em favor dos beneficiários."
(grifou-se)

Entretanto, essa solução encontra alguns óbices de índole material.

De fato, a aplicação da analogia somente é viável quando houver vácuo normativo (art. 4º da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro - LINDB), o que não é a situação dos autos. E, mesmo se houvesse omissão normativa, o art. 30 da Lei nº 9.656/1998 - que regula o direito de manutenção, como beneficiário, de ex-empregado demitido sem justa causa em plano (ou seguro) de saúde coletivo - não guarda ressonância com o hipótese sob exame. É que, no caso, o seguro de saúde coletivo foi extinto, não existindo mais fática e juridicamente, ao passo que na situação evidenciada pelo dispositivo legal em apreço, o ex-empregado pode permanecer na apólice grupal empresarial a qual ainda está em vigência.

Além disso, o art. 30 da Lei nº 9.656/1998 é direcionado para consumidores que contribuíram para o plano coletivo empresarial em decorrência de vínculo empregatício, ao passo que, na situação ora apreciada, o vínculo se dava por filiação a entidade sindical (Confederação Nacional das Profissões Liberais - CNPL), já que se tratava de seguro de saúde coletivo por adesão.

Se desborda da razoabilidade obrigar a seguradora a voltar a oferecer um tipo de produto extinto há anos (seguro de saúde individual), criando-se uma apólice exclusiva aos autores, também torna-se inviável impor a prorrogação de um seguro coletivo de grande porte que não mais existe, mormente para apenas 2 pessoas.

Sobre o tema:

"SEGURO SAÚDE. PLANO DE SAÚDE COLETIVO ESTIPULADO ENTRE A SEGURADORA E PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO, EMPREGADORA DA RECORRIDA. RESILIÇÃO DO CONTRATO. POSSIBILIDADE. INVIABILIDADE



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

DA MANUTENÇÃO DO CONTRATO, NAS MESMAS CONDIÇÕES, COM RELAÇÃO À BENEFICIÁRIA, CONSIDERADA INDIVIDUALMENTE.

- 1. A Lei 9.656/98 não impede a rescisão dos chamados contratos coletivos de assistência médica, celebrados entre as operadoras de planos de saúde e as empresas. Na hipótese dos autos, essa afirmação é ainda mais significativa, porque o contrato coletivo do qual a recorrida era beneficiária foi firmado entre as recorrentes e o TRE/PE – pessoa jurídica de direito público interno e, portanto, submetida às normas que regem o direito administrativo.*
- 2. Mesmo que em algumas situações o princípio da autonomia da vontade ceda lugar às disposições cogentes do CDC, não há como obrigar as operadoras de planos de saúde a manter válidas, para um único segurado, as condições e cláusulas previstas em contrato coletivo de assistência à saúde já extinto.*
- 3. Recurso especial parcialmente conhecido e provido. (REsp nº 1.119.370/PE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, DJe 17/12/2010 - grifou-se)*

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. SAÚDE SUPLEMENTAR. EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REGRAMENTO ESPECÍFICO. CANCELAMENTO DO CONTRATO PELO EMPREGADOR. MANUTENÇÃO DO EX-EMPREGADO NO MESMO PLANO DE SAÚDE. IMPOSSIBILIDADE.

- 1. Ação ajuizada em 4/2/16. Recurso especial interposto em 20/6/17. Autos conclusos ao gabinete em 11/1º/18. Julgamento: CPC/15.*
- 2. O propósito recursal consiste em dizer se o direito estabelecido nos arts. 30 e 31, da Lei 9.656/98 subsiste após o cancelamento do plano de saúde pelo empregador que concedia este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.*
- 3. A exclusão de beneficiário de plano de saúde coletivo, após a cessação do seu vínculo com a pessoa jurídica estipulante, está disciplinada por lei e por resolução da agência reguladora e só pode ocorrer após a comprovação de que foi verdadeiramente assegurado o seu direito de manutenção (arts. 30 e 31, da Lei 9.656/98 e RN 279/11, da ANS).*
- 4. Diferente é a hipótese em que a pessoa jurídica estipulante rescinde o contrato com a operadora, afetando não apenas um beneficiário, senão toda a população do plano de saúde coletivo.*
- 5. Na espécie, inviável a manutenção do ex-empregado, considerando o cancelamento do plano de saúde coletivo pelo empregador que concedia este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.*
- 6. Recurso especial conhecido e não provido." (REsp nº 1.736.898/RS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, DJe 20/9/2019 - grifou-se)*

Ressalta-se que a exploração da assistência à saúde pela iniciativa privada também possui raiz constitucional (arts. 197 e 199, *caput* e § 1º, da CF), merecendo proteção não só o consumidor, mas também a livre iniciativa e o livre exercício da atividade econômica (arts. 1º, IV, 170, IV e parágrafo único, e 174 da CF), como se colhe da seguinte lição:

"(...)

Liberada a atividade de assistência à saúde para a iniciativa privada, é evidente que está autorizada a exploração com lucro, ou com o



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

prejuízo das sociedades empresariais (...). Essa atividade se desenvolve mediante negócios jurídicos em forma de contratos, cujos princípios englobam tanto aqueles gerais, comuns a todos os contratos de Direito Privado, como algumas normas próprias dos contratos de Direito Público.

(...)

A atividade-meio das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, como define o art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, é a exploração com lucro, empresarial, como diz a Constituição. E isto transforma a atividade própria dos seguros e planos de saúde em comercial porque ela se resume na aquisição prévia dos serviços médico-hospitalares, para revenda aos titulares dos planos privados de assistência à saúde, ou assunção do risco saúde pela seguradora."

(BOTTESINI, Maury Ângelo. Contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde - princípios básicos da atividade - suporte jurídico-legal e constitucional. *In*. CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (org.). Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, pág. 48 - grifou-se)

Desse modo, devem ser sopesados tanto os direitos do consumidor quanto os das empresas, não havendo superioridade de uns sobre os outros.

Efetivamente, apesar dos planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos pela Lei nº 9.656/1998, as operadoras da área que prestarem serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo, devendo ser aplicadas também nesses tipos contratuais as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Nesse sentido, convém conferir a redação da Súmula nº 469/STJ:

"Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

Assim, conforme, inclusive, prevê o art. 35-G da Lei nº 9.656/1998, a legislação consumerista incide subsidiariamente nos seguros e planos de saúde.

Logo, esses dois instrumentos normativos devem ser aplicados de forma harmônica nesses contratos relacionais, mesmo porque lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida, ou seja, visam ajudar o usuário a suportar riscos futuros envolvendo a sua higidez física e mental, assegurando o devido tratamento médico.

No entanto, cumpre frisar que concatenação normativa não significa hierarquização ou supremacia da legislação consumerista sobre a Lei de Planos de Saúde, até porque, em casos de incompatibilidade de dispositivos legais de igual nível, devem ser observados os critérios de superação de antinomias referentes à especialidade e à cronologia.

A propósito, cumpre transcrever as seguintes ponderações de Guilherme



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Valdetaro Mathias:

"(...)

Embora não se aplique à totalidade das hipóteses, o Código de Defesa do Consumidor incidirá subsidiariamente na maioria dos contratos de plano de saúde, tal qual determina o art. 35-G da Lei 9.656/1998.

É fundamental, contudo, destacar que a aplicação do Código de Defesa do Consumidor é, por determinação expressa da lei, supletiva. Incidiria, portanto, para preencher as lacunas da Lei 9.656/1998, regulando relevantes questões que não foram cuidadas por aquela norma jurídica. A aplicação supletiva do Código de Defesa do Consumidor também deriva da conveniência de se evitarem antinômias, buscando a coerência legislativa, que, como ensina BOBBIO, 'não é condição de validade, mas é sempre condição para justiça do ordenamento'.

(...)

O Código de Defesa do Consumidor, em todas as questões acima aludidas e em outras de igual relevância, constitui, como a experiência dos tribunais comprova, elemento fundamental para a solução de litígios entre usuários operadoras de planos de saúde."

(MATHIAS, Guilherme Valdetaro. O código civil e o código do consumidor na saúde suplementar. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (org.). Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, págs. 114-116 - grifou-se)

Nesse cenário, para a situação ora analisada, eventual lacuna, acaso existente, seria melhor suprida com o instituto da portabilidade de carências, como já antevisto pela ANS, que o aperfeiçoou quando editou a RN nº 438/2018.

Como é sabido, a portabilidade de carências é um instrumento regulatório, instituído pela RN nº 186/2009, destinado a incentivar tanto a concorrência no setor de saúde suplementar quanto a maior mobilidade do beneficiário no mercado, fomentando suas possibilidades de escolha, já que o isenta da necessidade de cumprimento de novo período de carência.

A portabilidade, na Saúde Suplementar, era inicialmente permitida apenas para beneficiários de plano de contratação individual ou familiar, mas, com o advento da RN nº 252/2011, o instrumento foi estendido para usuários de planos coletivos por adesão, tendo sido criado, ainda, o instituto da Portabilidade Especial de Carências para situações especiais.

Após estudos de mercado, a ANS verificou a insuficiência da regulamentação promovida pela RN nº 186/2009, porquanto, entre outros entraves, era exigido que o contrato estivesse ainda vigente no momento do pedido da portabilidade. Assim, optou-se por expandir o instrumento para atender beneficiários que ficassem desamparados diante das rescisões contratuais unilaterais das operadoras e seguradoras.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Por elucidativo, cumpre transcrever o seguinte trecho da exposição de motivos para alteração da RN nº 186/2009 (que, como visto, regulamentava a portabilidade de carências) e que resultou na aprovação da RN nº 438/2018:

"(...)

F. Portabilidade para beneficiários de plano coletivo que tiveram o seu contrato rescindido

55. Quando o contrato coletivo é rescindido unilateralmente pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante, os beneficiários ficam impedidos de realizar a Portabilidade comum, pois é exigido que o contrato do plano esteja vigente no momento do pedido da Portabilidade.

56. Há previsão na CONSU nº 19/1999 de que as operadoras que operam planos coletivos para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Entretanto, essa regra somente se aplica às operadoras que mantenham plano de saúde de contratação individual ou familiar.

57. Assim, propõe-se que, tal como ocorre nos casos de portabilidade especial em que os beneficiários ficam sem plano pela perda de vínculo, os beneficiários de contrato coletivo rescindido pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante tenham o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da perda do vínculo com a operadora de planos de saúde, para realizar a Portabilidade de Carências."

(http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp63/exposicao_motivos.pdf, acesso em 21/7/2020)

Em vista disso, a RN nº 438/2018 da ANS, adotando essas diretrizes, estabeleceu que a portabilidade de carências nos planos de saúde poderá também ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário - como nas rescisões de contrato coletivo (empresarial ou por adesão) -, devendo haver comunicação desse direito, que poderá ser exercido sem cobrança de tarifas, tampouco poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS), afastando-se objeções quanto a Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

Nesse sentido, vale conferir os arts. 8º, IV e § 1º, 11 e 21 da mencionada resolução, que dispôs a respeito da regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde:

"Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Resolução, nas seguintes hipóteses:

(...)

IV pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no caput.

(...)

Art. 11. A operadora ou a administradora de benefícios, seja do plano de origem ou do plano de destino, não poderá realizar qualquer cobrança ao beneficiário em virtude do exercício da portabilidade de carências.

Parágrafo único. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

(...)

Art. 21. No exercício do direito à portabilidade de carências não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

Parágrafo único. Ressalva-se o disposto no caput deste artigo quando o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, podendo ser exigido, neste caso, o preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) com possibilidade de alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.”(grifou-se)

Ademais, no atinente aos aspectos operacionais, nos termos do art. 14 da RN nº 438/2018, o Guia ANS de Planos de Saúde - disponível na internet - emitirá relatório de compatibilidade entre os planos, que deverá ser aceito pela operadora do plano de destino.

Portanto, na espécie, a seguradora deverá observar as regras alusivas à portabilidade de carências, de modo a promover nova notificação aos autores quanto à extinção do vínculo contratual, bem como acerca do direito ao exercício da própria portabilidade, indicando o valor da mensalidade do plano (de origem), discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo para o desempenho dessa faculdade.

Por fim, conquanto seja assegurada, conforme o caso, a migração a planos individuais ou a portabilidade de carências, nas hipóteses de denúncia unilateral do contrato de seguro ou plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão, cumpre esclarecer que é sempre recomendável ao estipulante (empregador, sindicato ou entidade associativa ou de classe) promover a pactuação de nova avença com outra operadora, evitando, assim, maiores prejuízos aos seus empregados, filiados ou associados.

Ante o exposto, acompanho a eminente Ministra Relatora, Nancy Andriighi, para negar provimento ao recurso especial de PAULO HUMBERTO NAVES GONÇALVES E OUTRA



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

e, com a devida vênia, divirjo com relação ao recurso especial da UNIMED SEGUROS SAÚDE S.A., ao qual dou integral provimento, a fim de julgar improcedentes os pedidos formulados na inicial, com a determinação, contudo, de que seja feita nova comunicação aos autores a respeito da extinção do vínculo contratual, levando-se em consideração a data da efetiva cessação dos efeitos contratuais até então prorrogados, incluída a efetiva ciência do direito de exercício da portabilidade de carências, em conformidade com a legislação em vigor.

Consequentemente, condeno os demandantes a arcarem com as custas processuais e os honorários advocatícios, que fixo em 15% (quinze por cento) sobre o valor atualizado da causa, com fundamento no art. 85, § 2º, do CPC/2015, observada, se for o caso, a gratuidade de justiça.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2018/0074160-1 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.732.511 / SP**

Números Origem: 10041188920158260482 20160000779172 20170000274540 20865711820158260000

PAUTA: 09/06/2020

JULGADO: 04/08/2020

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocurador-Geral da República

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

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A
ADVOGADOS : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI - SP139482
 KEILA CHRISTIAN ZANATTA MANANGÃO RODRIGUES - SP327408
RECORRENTE : PAULO HUMBERTO NAVES GONCALVES
RECORRENTE : MARIANGELA SILVA GONCALVES
ADVOGADOS : VALDEMIR DA SILVA PINTO - SP115567
 FABRÍCIO DE OLIVEIRA KLÉBIS - SP183854
 FERNANDO HENRIQUE CHELLI - SP249623
 RENATO CESAR BANHETI PRUDENCIO - SP351662
RECORRIDO : OS MESMOS

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 e a retificação do voto da Sra. Ministra Relatora, a Terceira Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso especial dos beneficiários e deu provimento ao recurso especial da operadora, 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 (Presidente) votaram com a Sra. Ministra Relatora.