



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

### RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.751 - RS (2019/0145595-3)

**RELATOR** : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**  
**RECORRENTE** : BRADESCO SAUDE S/A  
**ADVOGADOS** : GERALDO NOGUEIRA DA GAMA E OUTRO(S) - RS005951  
MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA - RJ059384  
SIMONE PADILHA - RS037893  
SERGIO BERMUDES - SP033031  
ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825  
RODRIGO TANNURI - SP310320

**RECORRIDO** : G G M (MENOR)  
**REPR. POR** : C C M  
**ADVOGADA** : BELIZA OLMEDO - RS104874  
**INTERES.** : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -  
FENASAÚDE - "AMICUS CURIAE"

**ADVOGADO** : ANDRÉ RODRIGUES CYRINO E OUTRO(S) - DF058605  
**INTERES.** : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR -  
"AMICUS CURIAE"

**ADVOGADO** : WALTER JOSE FAIAD DE MOURA - DF017390  
**INTERES.** : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS  
CURIAE"

**ADVOGADO** : GUILHERME VALDETARO MATHIAS E OUTRO(S) - RJ075643  
**INTERES.** : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS -  
"AMICUS CURIAE"

**PROCURADOR** : ADRIANA CRISTINA DULLIUS - RS051201  
**INTERES.** : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"  
**ADVOGADO** : SANDER GOMES PEREIRA JUNIOR - MG089879

#### EMENTA

RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE.

1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: "A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação (mensalidade) devida."

2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário — ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física — também alcança os pactos coletivos.



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea "b", e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013.

4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade.

5. Caso concreto: (i) o pai do menor aderiu, em 7.2.2014, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual a sua empregadora era estipulante; (ii) no referido pacto, havia cláusula expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante, indicando o cancelamento da apólice em 16.12.2016; (iv) desde 10.11.2016, foi constatado que o menor — à época, recém-nascido — é portador de cardiopatia congênita, além de sequelas provenientes de infecção urinária causada por superbactéria, o que reclama o acompanhamento contínuo de cardiologista e de nefrologista a fim de garantir a sua sobrevivência; (v) em razão do cancelamento unilateral da apólice coletiva, o menor e o seu genitor — dependente e titular — ajuizaram a presente demanda, em 15.12.2016, postulando a manutenção do seguro-saúde enquanto perdurar a necessidade do referido acompanhamento médico e respectivo tratamento de saúde; (vi) em 15.12.2016, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pela magistrada de piso determinando que a ré custeasse o tratamento médico e hospitalar do menor (fls. 26-27), o que ensejou a reativação do plano de saúde em 19.12.2016; e (vii) a sentença — mantida pelo Tribunal de origem — condenou a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide, restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas.

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual para se determinar que, observada a manutenção da cobertura financeira dos tratamentos médicos do usuário dependente que se encontrem em curso, seja o coautor (usuário titular) devidamente cientificado, após a alta médica, da extinção do vínculo contratual, 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, salvo se optar por



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

aderir a novo plano coletivo eventualmente firmado pelo seu atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido.

### ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, os Ministros da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça acordam, por unanimidade, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Para os fins repetitivos, foi aprovada a seguinte tese no TEMA 1.082: "A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida". Os Srs. Ministros Raul Araújo, Paulo de Tarso Sanseverino, Maria Isabel Gallotti, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Buzzi, Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Antonio Carlos Ferreira.

Sustentaram oralmente:

1 - Pelo Recorrente BRADESCO SAÚDE S/A, o Dr. RODRIGO TANNURI;

2 - Pela Interessada FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - FENASAÚDE, a Dra. ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS;

3 - Pela Interessada AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS, a Dra. ADRIANA CRISTINA DULLIUS;

4 - Pelo Interessado INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, o Dr. WALTER JOSE FAIAD DE MOURA;

5 - Pela DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, o Dr. SANDER GOMES PEREIRA JUNIOR.

Brasília (DF), 22 de junho de 2022(Data do Julgamento)

MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO

Relator



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

### RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.751 - RS (2019/0145595-3)

**RELATOR** : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**  
**RECORRENTE** : BRADESCO SAUDE S/A  
**ADVOGADOS** : GERALDO NOGUEIRA DA GAMA E OUTRO(S) - RS005951  
MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA - RJ059384  
SIMONE PADILHA - RS037893  
SERGIO BERMUDES - SP033031  
ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825  
RODRIGO TANNURI - SP310320

**RECORRIDO** : G G M (MENOR)  
**REPR. POR** : C C M  
**ADVOGADA** : BELIZA OLMEDO - RS104874  
**INTERES.** : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -  
FENASAÚDE - "AMICUS CURIAE"

**ADVOGADO** : ANDRÉ RODRIGUES CYRINO E OUTRO(S) - DF058605  
**INTERES.** : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR -  
"AMICUS CURIAE"

**ADVOGADO** : WALTER JOSE FAIAD DE MOURA - DF017390  
**INTERES.** : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS  
CURIAE"

**ADVOGADO** : GUILHERME VALDETARO MATHIAS E OUTRO(S) - RJ075643  
**INTERES.** : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS -  
"AMICUS CURIAE"

**PROCURADOR** : ADRIANA CRISTINA DULLIUS - RS051201  
**INTERES.** : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"  
**ADVOGADO** : SANDER GOMES PEREIRA JUNIOR - MG089879

### RELATÓRIO

#### O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO (Relator):

1. Em 15.12.2016, G. G. M. — menor de idade, nascido em 12.10.2016 — e C. C. M. (seu pai) ajuizaram ação ordinária em face de Bradesco Saúde, postulando a revogação do cancelamento da Apólice n. 353521 contratada com a operadora e a consequente manutenção do seguro-saúde coletivo empresarial, enquanto perdurar a necessidade de acompanhamento médico e de tratamento constante para reduzir o risco de óbito do menor acometido de doença grave grave.

Na inicial, narrou-se que: (i) em 10.11.2016 — poucos dias após o nascimento do menor —, houve necessidade de sua internação na UTI pediátrica do Hospital Moinhos de Vento, por ter sofrido choque séptico decorrente de infecção urinária causada por superbactéria; (ii) na ocasião, também foi detectada cardiopatia congênita que impede o crescimento e o desenvolvimento normal da criança; (iii) após 12 dias internado, o infante



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

recebeu alta médica, tendo sido prescrito tratamento domiciliar, bem como assinalado a imprescindibilidade de acompanhamento de nefrologista e de cardiologista a fim de preservar a sua vida; (iv) em 5.10.2016, a operadora, de forma unilateral, manifestou à estipulante (Kenta Informática S.A.) a intenção de cancelar o "seguro de reembolso de despesas de assistência médica e/ou hospitalar" (Apólice n. 353521) em 16.12.2016; e (v) tendo em vista o estado de saúde do menor, revela-se abusiva a pretensão de cancelamento da apólice, por ofender o seu direito à saúde e à vida.

A operadora apresentou contestação às fls. 47-54.

O magistrado de piso, confirmando a liminar concedida em 15.12.2016, julgou procedente a pretensão autoral a fim de obrigar a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide, restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas. Os honorários advocatícios foram fixados em 10% sobre o valor da causa.

Interposta apelação pela operadora, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul negou provimento ao reclamo em acórdão assim ementado:

**APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO EM PLANO EMPRESARIAL. RESCISÃO DURANTE TRATAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS. IMPOSSIBILIDADE.**

1. Incide o Código de Defesa do Consumidor nos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão, consoante disposição do artigo 3º, § 2º, bem como pelo que dispõe a Súmula n. 608 do Superior Tribunal de Justiça e o artigo 35 da Lei n. 9.656/1998.
2. O artigo 13 da Lei 9.656/98, que impede a denúncia unilateral do contrato, aplica-se somente aos planos familiares ou individuais, não ao plano coletivo empresarial, sendo, em princípio, possível a rescisão unilateral do pacto mediante prévia notificação, consoante cláusula contratual.
3. Entretanto, os pactos em apreço se submetem à necessidade de preservação da boa-fé e segurança jurídica, não sendo possível o rompimento imotivado restando comprovado que os usuários se encontram em meio a tratamentos.
4. Honorários advocatícios majorados em atenção ao art. 85, § 11, do CPC. APELO DESPROVIDO.

Os embargos de declaração, opostos pela ré, foram rejeitados na origem.

Nas razões do especial, fundado nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, a operadora aponta, além de divergência jurisprudencial, violação dos artigos 489 e 1.022 do CPC de 2015; e 13 da Lei n. 9.656/98. Sustenta, em síntese: (i) negativa de prestação jurisdicional; e (ii) que, uma vez efetuada a notificação prévia, a apólice coletiva de seguro-saúde pode ser cancelada unilateralmente, ainda que o segurado se encontre submetido a tratamento médico.



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

O prazo para oferecimento de contrarrazões decorreu *in albis*.

O apelo extremo recebeu crivo negativo de admissibilidade na origem, o que motivou a interposição do AREsp n. 1.508.425/RS, provido pelo Ministro Paulo de Tarso Sanseverino — Presidente da Comissão Gestora de Precedentes —, que, posteriormente, recomendou a afetação do processo como recurso especial repetitivo para debate da questão jurídica referente à "(im)possibilidade de rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo por parte da operadora enquanto pendente tratamento médico de beneficiário".

A submissão do recurso ao rito dos repetitivos foi acolhida pela Segunda Seção, nos seguintes termos:

PROPOSTA DE AFETAÇÃO. SUBMISSÃO DE RECURSO ESPECIAL AO RITO DOS REPETITIVOS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE.

1. Delimitação da controvérsia: **Definir a possibilidade ou não de cancelamento unilateral — por iniciativa da operadora — de contrato de plano de saúde (ou seguro saúde) coletivo enquanto pendente tratamento médico de beneficiário acometido de doença grave.**
2. Recurso especial afetado ao rito do artigo 1.036 do CPC de 2015.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), o Grupo de Atuação Estratégica das Defensorias Públicas Estaduais e Distrital nos Tribunais Superiores (GAETS), o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Associação Brasileira de Proteção aos Consumidores de Planos e Sistemas de Saúde (Saúde Brasil) apresentaram manifestações na condição de *amici curiae*.

Às fls. 626-650, a FenaSaúde alega que: (i) o inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei n. 9.656/1998 veda a suspensão ou a rescisão unilateral dos planos de saúde individuais durante a ocorrência de internação do titular, o que não alcança os planos coletivos, "na medida em que a relação contratual se forma entre duas pessoas jurídicas, e não diretamente entre operadora e beneficiário"; (ii) nos planos coletivos de assistência à saúde, não há uma gestão dos beneficiários por parte da operadora — mas sim pela estipulante —, o que inviabiliza a análise das condições subjetivas dos usuários; (iii) a extinção do vínculo contratual se dá conforme os requisitos firmados entre a operadora e a estipulante, independentemente de outras circunstâncias, inclusive as de ordem subjetiva do beneficiário; (iv) o artigo 35-C da Lei n. 9.656/1998 — que determina a cobertura obrigatória de eventos de emergência ou de urgência — apenas trata da *amplitude* da cobertura, e não da extensão temporal do contrato; (v) a ANS prevê que o beneficiário cujo plano tenha sido cancelado faz jus à portabilidade de carências, ou seja, pode migrar de um plano de saúde



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

para outro do mesmo nível sem que haja qualquer restrição quanto a doenças e tratamentos preexistentes, o que lhe permite continuar o seu tratamento, sem interrupção (artigos 1º e 3º da Lei n. 9.961/2000; e Resolução Normativa ANS n. 438/2018); (vi) "apesar de, em regra, a internação do beneficiário representar um óbice à portabilidade, a ANS excepciona tal vedação precisamente no caso de beneficiário cujo plano foi cancelado"; (vii) "a atuação do Poder Judiciário como legislador positivo, impedindo a rescisão contratual na hipótese de estar pendente tratamento de beneficiário acometido de doença grave, aumenta as incertezas no setor de saúde suplementar e prejudica os planos de saúde, com prejuízos inevitáveis para os consumidores"; (viii) "obstar o cancelamento integral do plano de saúde coletivo em função de tratamento médico pendente por parte de algum beneficiário significaria, na prática, a impossibilidade do cancelamento do contrato a qualquer tempo", o que torna inviável o modelo dos planos coletivos; (ix) de outro lado, a manutenção do plano coletivo apenas para os beneficiários que estejam com tratamento pendente "tem o condão de fulminar qualquer possibilidade de mutualismo"; (x) "a manutenção apenas do dependente implicaria outra disfunção, pois esse dependente passaria a ser titular sem nunca sequer ter tido o vínculo com a estipulante"; (xi) "para fazer frente a essa insegurança, é intuitiva a potencial elevação do preço dos prêmios desses contratos, com eventual restrição de coberturas ao mínimo legal e/ou a implementação de planos com coparticipação", o que se revela prejudicial aos consumidores; e (xii) por força dos artigos 21 da LINDB e 4º, inciso V, da Lei de Liberdade Econômica (Lei n. 13.874/2019), caso consolidada a exegese da vedação do cancelamento unilateral de plano de saúde coletivo quando o usuário estiver sob tratamento de doença grave, será necessário "que seja feita alguma avaliação pragmática dos potenciais benefícios envolvidos e das consequências da obrigação criada às operadoras, notadamente quanto a um potencial incremento dos valores dos planos de saúde, o que tenderia muito mais a criar uma maior dificuldade de manutenção e acesso à saúde suplementar". Por fim, a FenaSaúde pleiteia que "caso se repute inválido o cancelamento do plano quando houver beneficiários em tratamento de doença grave, a extensão do vínculo deve ser limitada às hipóteses em que o beneficiário estiver internado, em estado de inconsciência e sem representante legal identificado – e enquanto perdurarem essas circunstâncias" (fl. 645). Também pondera que "a modificação da regra legal, para vedar o exercício do cancelamento de plano coletivo em situações não previstas pelo legislador, requer a observância da cláusula de reserva de plenário, prevista no artigo 97 da Constituição", o que impõe a redistribuição do feito para julgamento da Corte Especial (fls. 646-648).

O GAETS apresenta manifestação às fls. 652-667, argumentando que: (i) "todos os contratos de prestação de saúde suplementar se submetem às diretrizes constitucionais referentes ao direito fundamental à saúde"; (ii) a pretensão deduzida pelos



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

autores se amolda ao disposto no artigo 1º da Resolução n. 19 do CONSU, segundo o qual "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"; (iii) "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"; (iv) "a necessidade de ofertar migração para plano individual não é uma faculdade, mas uma decorrência da rescisão do plano coletivo"; e (v) "não há nada nos autos que demonstre que haverá um colapso dos planos de saúde empresariais pela manutenção em tratamento de alguns indivíduos", sendo certo que as operadoras costumam repassar ao consumidor todos os custos inerentes aos riscos da atividade empresarial.

Às fls. 668-722, o IDEC sustenta que: (i) nos termos dos artigos 196 e 197 da Constituição, "a saúde suplementar, ainda que desenvolvida por agentes privados do mercado, não perde a sua relevância pública"; (ii) "por não perder sua relevância pública, a saúde suplementar, ainda que desenvolvida por agentes privados do mercado, possui compromisso com a tutela desse valor humano intrínseco, de forma que os segurados não são meros objetos ou mercadorias à mercê das operadoras de saúde, e sim sujeitos de direito dotados de dignidade"; (iii) consoante o disposto no § 2º do artigo 8º da Lei n. 9.656/1998, as operadoras de planos privados de assistência à saúde — individuais ou coletivos — devem garantir a continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento; (iv) tal interpretação também decorre da cobertura obrigatória do atendimento nos casos de emergência e de urgência (artigo 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998); (v) o escopo da lei é "proteger segurados submetidos a tratamento, ainda que a operadora almeje a rescisão do contrato e ainda que o contrato seja coletivo, já que o valor humano e o direito à saúde não se distinguem pelo modelo contratual"; (vi) "a prática de cancelamento unilateral do contrato de plano de saúde coletivo, por parte da operadora, enquanto pendente tratamento médico, é, à luz do CDC, manifestamente abusiva, por colocar o consumidor em desvantagem exagerada"; (vii) "não se pode admitir que a rescisão do contrato de saúde, cujo objeto, frise-se, não é mera mercadoria, mas bem fundamental associado à dignidade da pessoa humana, por decisão exclusiva da operadora, venha a interromper tratamento de doenças e ceifar o pleno restabelecimento da saúde do beneficiário enfermo, colocando em risco sua vida, integridade e dignidade"; (viii) "tampouco deve ser aceita a prática de demandar que beneficiários com tratamento em curso diligenciem para contratar novo plano de saúde, sugerindo, por exemplo, a portabilidade de





## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

carências, dada a desproporcionalidade da situação"; (ix) "as regras de portabilidade, embora aprimoradas recentemente pela ANS, ainda não são capazes de garantir amplitude de oferta para migração do consumidor, o que pode burocratizar ainda mais o acesso de usuários que já apresentem agravos à saúde"; (x) "a mera possibilidade de portar carências para outro plano de saúde não é suficiente por si só para garantir que o consumidor goze com tranquilidade da continuidade do tratamento"; e (xi) "para a delimitação da presente controvérsia, deve ser seguido o espírito e orientação da Lei 9.656 no sentido de que qualquer tratamento em curso deve ser mantido, e não apenas tratamentos de beneficiários acometidos de doença grave".

O IESS, às fls. 728-801, defende a possibilidade do cancelamento do contrato coletivo, mesmo na hipótese em que o segurado se encontre em tratamento médico, uma vez que: (i) a regra do artigo 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998 — que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e veda a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular — somente se aplica aos contratos individuais; (ii) os artigos 35-C, inciso II, e 35-E, inciso IV, da mesma lei — que tornam obrigatória a cobertura nos casos de emergência — não vedam a rescisão do contrato de planos e seguros de saúde enquanto pendente tratamento médico, ainda mais naquelas situações em que o próprio legislador estabeleceu expressamente o termo para as obrigações das operadoras de planos e seguros de saúde, como, por exemplo, na hipótese do § 1º do artigo 30 da Lei n. 9.656/1998; (iii) "a estrutura dos planos coletivos, regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), oferece soluções adequadas para permitir a continuidade do tratamento médico de pessoas com doença grave e coerentes com essa modalidade de contratação, cujos traços marcantes são a existência do estipulante, responsável direto pela contratação do seguro, e a ausência de subjetividades"; (iv) "a prorrogação indefinida do prazo contratual não é considerada nos cálculos atuariais elaborados pelas operadoras nesse mercado, razão pela qual as pretensões formuladas nesse sentido se afiguram violadoras do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e do princípio do mutualismo, trazendo prejuízos a toda a massa segurada"; (v) se a Segunda Seção concluiu pela desafetação da questão relativa à "(im)possibilidade de prorrogação do prazo de cobertura previsto no § 1º do artigo 30 da Lei n. 9.656/98 na hipótese de o beneficiário continuar precisando de constante tratamento médico para a moléstia que o acometeu" — em razão da ausência de precedentes qualificados acerca da matéria —, "também deve ser desafetado o tema mais abrangente relativo à impossibilidade de cancelamento unilateral, por iniciativa da operadora, de contrato de planos e seguros de saúde coletivos enquanto pendente tratamento médico de beneficiário acometido de doença grave"; (vi) "tendo interesse em manter o tratamento de doença já em curso, basta que sejam promovidos os atos necessários à portabilidade da carência, sem



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

qualquer alegação de preexistência, o que poderá ser feito no largo prazo de '60 dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora"; e (vii) "na hipótese de se firmar a impossibilidade de rescisão do contrato coletivo na pendência de tratamento médico, a jurisprudência deve necessariamente amadurecer seu posicionamento para ao menos delimitar os casos objeto de prorrogação, levando sempre em conta os prazos e possibilidades de portabilidade criados pela ANS, e adotando como premissa que tal obrigação só pode ser excepcional e temporária, tal como fez a egrégia Terceira Turma desse STJ, no julgamento do Recurso Especial n. 1.846.502/DF (relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 26.04.2021).

Às fls. 802-808, a ANS aduz que: (i) a operadora deve adimplir a devida cobertura de eventos ocorridos ou procedimentos autorizados — mesmo que agendados para datas posteriores à extinção do contrato — durante a vigência da relação jurídica, ou seja, antes da rescisão; e (ii) nos termos da Resolução n. 438/2018, "uma vez rescindido o contrato coletivo por parte da operadora, seus beneficiários poderão ingressar em outro plano da mesma ou de outra operadora, sem necessidade do cumprimento de carência ou cobertura parcial temporária, desde que preenchidos os requisitos do normativo, sendo garantida, assim, a continuidade da assistência ao beneficiário".

Às fls. 825-840, Saúde Brasil afirma que "o cancelamento do contrato coletivo com tratamentos em andamento pode ser um recurso utilizado pelas Operadoras de planos de saúde para, a partir da identificação de uma carteira com segurado/usuários adoecidos, cumprir apenas em parte do objeto contratado não assumindo os riscos do adoecimento e não prestar serviços de assistência à saúde".

A Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed do Brasil) e a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) pleiteiam, às fls. 572-623 e 809-824, a admissão nos autos na condição de *amici curiae*.

É o relatório.



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

### RECURSO ESPECIAL Nº 1.842.751 - RS (2019/0145595-3)

**RELATOR** : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**  
**RECORRENTE** : BRADESCO SAUDE S/A  
**ADVOGADOS** : GERALDO NOGUEIRA DA GAMA E OUTRO(S) - RS005951  
MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA - RJ059384  
SIMONE PADILHA - RS037893  
SERGIO BERMUDES - SP033031  
ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825  
RODRIGO TANNURI - SP310320

**RECORRIDO** : G G M (MENOR)  
**REPR. POR** : C C M  
**ADVOGADA** : BELIZA OLMEDO - RS104874  
**INTERES.** : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -  
FENASAÚDE - "AMICUS CURIAE"

**ADVOGADO** : ANDRÉ RODRIGUES CYRINO E OUTRO(S) - DF058605  
**INTERES.** : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR -  
"AMICUS CURIAE"

**ADVOGADO** : WALTER JOSE FAIAD DE MOURA - DF017390  
**INTERES.** : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS  
CURIAE"

**ADVOGADO** : GUILHERME VALDETARO MATHIAS E OUTRO(S) - RJ075643  
**INTERES.** : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS -  
"AMICUS CURIAE"

**PROCURADOR** : ADRIANA CRISTINA DULLIUS - RS051201  
**INTERES.** : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"  
**ADVOGADO** : SANDER GOMES PEREIRA JUNIOR - MG089879

#### EMENTA

RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE.

1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: "A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação (mensalidade) devida."

2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário — ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física — também alcança os pactos coletivos.



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea "b", e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013.

4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade.

5. Caso concreto: (i) o pai do menor aderiu, em 7.2.2014, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual a sua empregadora era estipulante; (ii) no referido pacto, havia cláusula expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante, indicando o cancelamento da apólice em 16.12.2016; (iv) desde 10.11.2016, foi constatado que o menor — à época, recém-nascido — é portador de cardiopatia congênita, além de sequelas provenientes de infecção urinária causada por superbactéria, o que reclama o acompanhamento contínuo de cardiologista e de nefrologista a fim de garantir a sua sobrevivência; (v) em razão do cancelamento unilateral da apólice coletiva, o menor e o seu genitor — dependente e titular — ajuizaram a presente demanda, em 15.12.2016, postulando a manutenção do seguro-saúde enquanto perdurar a necessidade do referido acompanhamento médico e respectivo tratamento de saúde; (vi) em 15.12.2016, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pela magistrada de piso determinando que a ré custeasse o tratamento médico e hospitalar do menor (fls. 26-27), o que ensejou a reativação do plano de saúde em 19.12.2016; e (vii) a sentença — mantida pelo Tribunal de origem — condenou a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide, restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas.

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual para se determinar que, observada a manutenção da cobertura financeira dos tratamentos médicos do usuário dependente que se encontrem em curso, seja o coautor (usuário titular) devidamente cientificado, após a alta médica, da extinção do vínculo contratual, 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, salvo se optar por



## **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

aderir a novo plano coletivo eventualmente firmado pelo seu atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido.



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

### VOTO

#### O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO (Relator):

2. Indefiro os pedidos formulados pela Unimed do Brasil (fls. 572-623) e pela UNIDAS (fls. 809-824) de ingresso nos autos na condição de *amici curiae*, porque considero que as manifestações apresentadas pela FenaSaúde (fls. 626-650), pelo GAETS (fls. 652-667), pelo IDEC (fls. 668-722), pelo IESS (fls. 728-801), pela ANS (fls. 802-808) e pela Saúde Brasil (fls. 825-840) — cujas participações admito — revelam-se suficientes para a elucidação da questão de direito que ensejou a submissão do presente reclamo ao rito dos repetitivos.

3. Não merece acolhida a suscitada negativa de prestação jurisdicional, uma vez que o Tribunal de origem indicou adequadamente os motivos que lhe formaram o convencimento, analisando de forma precisa as questões relevantes do processo, dando solução à controvérsia com a aplicação do direito que entendeu cabível à hipótese.

4. A questão jurídica principal a ser dirimida no presente processo cinge-se a definir a possibilidade ou não de cancelamento unilateral de contrato de plano de saúde (ou seguro-saúde) coletivo enquanto pendente tratamento médico de beneficiário acometido de doença grave por iniciativa da operadora.

No caso concreto, a Corte estadual manteve a sentença de procedência, que considerou ilícita a rescisão do seguro-saúde coletivo empresarial, notadamente por se encontrar o beneficiário sob tratamento de doença grave. Confira-se:

No presente caso, considerando as provas dos autos e as alegações trazidas, principalmente no apelo e nas contrarrazões, temos que é **incontroverso que as partes detinham contratação de plano de saúde entre si na modalidade coletiva, intermediado pela empresa KENTA INFORMÁTICA, sendo que o contrato foi rescindido enquanto o dependente do autor realizava tratamento médico. Ainda, igualmente incontroverso que atualmente a empresa em questão detém plano de saúde coletivo através de terceira empresa (Sul América Seguros).**

**A discussão dos autos é a respeito da possibilidade de manutenção do autor no plano fornecido pela ré, considerando as particularidades em questão.**

- Aplicabilidade do CDC.

Inicialmente, cumpre referir que não há mais dúvida quanto à aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de seguros e de planos de saúde. Trata-se de entendimento sumulado pelo STJ que, em 2010, editou a Súmula n. 469, que assim dispõe: "Aplica-se o Código de Defesa do



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Consumidor aos contratos de plano de saúde". Observo que o entendimento foi mantido com a edição da Súmula n. 608 do STJ, a qual cancelou a anterior, tendo esta apenas criado exceção para os casos dos planos de autogestão.

Dessa forma, tornou-se clara a identificação das seguradoras ou operadoras de planos de saúde como fornecedoras de serviço e do beneficiário (segurado) como destinatário final (consumidor), nos termos do que dispõem os artigos 2º, "caput", e 3º, § 2º, da legislação consumerista.

Com efeito, os contratos de seguro e planos de assistência à saúde devem se submeter às regras constantes na legislação consumerista, para evitar eventual desequilíbrio entre as partes, considerando a hipossuficiência do consumidor em relação ao fornecedor; bem como manter a base do negócio a fim de permitir a continuidade da relação no tempo.

Destarte, estando os contratos submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, aplica-se, dentre outras, as seguintes regras: "As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor". E, considerar-se-ão abusivas, as que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada; sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade; estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor e as que se mostrem exageradas, como as excessivamente onerosas ao consumidor, as que restrinjam direitos ou ofendam princípios fundamentais do sistema (art. 51, incisos IV, XV e § 1º, incisos, I, II e III do CDC).

[...]

**- Rescisão de Contrato Coletivo com beneficiários em tratamento.**

**Tratando-se o contrato de plano de saúde empresarial, e não individual ou familiar, em princípio nenhum abuso se verifica na rescisão unilateral, uma vez havendo a notificação prévia, a teor do art. 13, II, da Lei 9.656/98.**

[...]

Demais disso, há entendimento firmado pelo e.STJ, não considerando abusiva a cláusula que prevê o direito de rescisão unilateral em casos de contrato de cunho empresarial [...]:

[...]

**Já a Resolução CONSU nº 14 do Conselho de Saúde Suplementar, por sua vez faculta a denúncia unilateral dos contratos coletivos, desde que previstos em regulamento e contrato [...]:**

[...]

Seguindo a mesma linha o art. 17 da Resolução nº 195 da ANS que alinha as condições de rescisão de plano coletivo:

[...]

**Portanto, legítima a cláusula contratual que prevê a rescisão do contrato, desde que efetivada a notificação, como ocorreu no caso concreto.**

**Entretanto, não apenas é incontroverso, como é admitido pela ré que o beneficiário vinculado à parte autora se encontra em tratamentos de saúde, tratando-se a rescisão unilateral operada de ação que causa surpresa aos consumidores, quebrando a justa expectativa de manutenção do plano e atingindo a boa -fé contratual, pois a rescisão é imotivada.**

[...]

**Cabe pontuar que o fato da empresa que contratou o plano em questão ter firmado novo pacto em nada interfere na presente lide,**



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

eis que é abusiva a rescisão. Ademais, a eventual adesão ao novo plano pode trazer problemas em relação ao tratamento em razão de questões como o prazo de carência, alegação de doença preexistente, etc, de modo que é evidente o prejuízo para o autor a migração durante o tratamento buscado.

[...]

Honorários advocatícios majorados em atenção ao art. 85, § 11, do CPC para 12% do valor da causa.

5. Examinando-se a jurisprudência desta Corte, sobressai a existência de inúmeros acórdãos exarados pelas Turmas de Direito Privado nos quais se promoveu discussão aprofundada sobre o tema ora em apreciação (REsp n. 1.846.502/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 20.4.2021, DJe de 26.4.2021; REsp n. 1.818.495/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, julgado em 8.10.2019, DJe de 11.10.2019; REsp n. 1.762.230/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 12.2.2019, DJe de 15.2.2019; e AgInt no AREsp n. 885.463/DF, relator Ministro Raul Araújo, relator para acórdão Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 9.3.2017, DJe de 8.5.2017).

Por isso, na linha do entendimento desta colenda Segunda Seção, penso que a questão jurídica está madura para ser apreciada em âmbito de recurso repetitivo.

Nesse passo, cumpre destacar as normas inseridas no **artigo 13 da Lei 9.656/1998**, que regula a suspensão e a rescisão unilateral dos planos privados de assistência à saúde:

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

**Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:**

I - a recontagem de carências;

**II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e**

**III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.**

Diante desse quadro, verifica-se que os incisos II e III do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 são taxativos em proibir a **suspensão de cobertura ou a rescisão unilateral imotivada do plano privado de assistência à saúde individual ou familiar por iniciativa da operadora.**





## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

De acordo com a dicção legal, apenas quando constatada fraude ou inadimplência, tal avença poderá ser rescindida ou suspensa, mas, para tanto, revelar-se-á necessário que **o usuário — titular ou dependente — não se encontre internado (nem submetido a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física, na linha de precedentes desta Corte).**

Por sua vez, **o seguro ou o plano de saúde coletivo** — com quantidade igual ou superior a 30 beneficiários — **pode ser objeto de suspensão de cobertura ou de rescisão imotivadas** (ou seja, independentemente da constatação de fraude ou do inadimplemento da contraprestação avençada), desde que observados os **requisitos enumerados no artigo 17 da Resolução Normativa DC/ANS n. 195/2009**: (i) existência de cláusula contratual prevendo tal faculdade para ambas as partes; (ii) decurso do prazo de doze meses da vigência do pacto; e (iii) notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias. Veja-se:

**Art. 17. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.**

**Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.**

De outro lado, em se tratando de contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 usuários — cujas bases atuariais se assemelham às dos planos individuais ou familiares —, a incidência da legislação consumerista impõe a apresentação de justificativa idônea pela operadora a fim de validar a rescisão unilateral, tendo em vista o escasso poder de barganha da estipulante, a vulnerabilidade do grupo de usuários e o necessário respeito aos princípios da boa-fé e da conservação dos contratos (**EREsp n. 1.692.594/SP**, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 12.2.2020, DJe de 19.2.2020).

Outrossim, conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que **a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário — ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física — também alcança os pactos coletivos.**

Com efeito, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea "b", e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, *in verbis*:

– **Lei n. 9.656/1998**

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

[...]

§ 3º **As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:**

[...]

**b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;**

[...]

Art. 35-C. **É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:**

**I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;**

**II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;**

[...]

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.

-----  
– **Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021**

Art. 16. **No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, não cabendo nova contagem ou recontagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela Resolução Normativa n. 259, de 17 de junho de 2011.**

Parágrafo único. O procedimento “Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recontagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

Por oportuno, cumpre assinalar que a norma inserta no artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021 reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013.



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

A aludida interpretação também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade.

Nessa perspectiva, no caso de usuário internado ou submetido a tratamento garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física, o óbice à suspensão de cobertura ou à rescisão unilateral do plano de saúde prevalecerá independentemente do regime de sua contratação — coletivo ou individual —, devendo a operadora aguardar a efetiva alta médica para se desincumbir da obrigação de custear os cuidados assistenciais pertinentes.

6. Como é de sabença, "a liberdade de contratar não é absoluta, devendo ser exercida nos limites e em razão da função social dos contratos, notadamente em casos como o presente, cujos bens protegidos são a saúde e a vida dos beneficiários, os quais se sobrepõem a quaisquer outros de natureza eminentemente contratual, impondo-se a manutenção do vínculo contratual entre as partes até que os referidos beneficiários encerrem o respectivo tratamento médico" (REsp n. 1.818.495/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 8.10.2019, DJe de 11.10.2019).

Nesse sentido é o teor do Enunciado 23 da I Jornada de Direito Civil promovida pelo Conselho da Justiça Federal (CJF):

**Enunciado 23/CJF. A função social do contrato, prevista no art. 421 do novo Código Civil, não elimina o princípio da autonomia contratual, mas atenua ou reduz o alcance desse princípio quando presentes interesses metaindividuais ou interesse individual relativo à dignidade da pessoa humana.**

No ponto, como antes referido, há inúmeros precedentes das Turmas de Direito Privado:

**AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO COMINATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO AGRAVO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA.**

**1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, ainda que seja possível a rescisão unilateral imotivada de plano de saúde, independentemente do regime de contratação (coletivo ou individual), deve ser mantida a cobertura enquanto perdurar o tratamento médico a que esteja submetido o beneficiário.**

**2. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 1.918.943/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 9.5.2022, DJe de**



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

13.5.2022)

-----  
CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. IMPOSSIBILIDADE. BENEFICIÁRIA EM TRATAMENTO MÉDICO. DECISÃO MANTIDA.

1. **"Em se tratando de contrato coletivo de plano de saúde, mesmo não sendo aplicável o art. 13 da Lei 9.656/1998, as cláusulas previamente estabelecidas não podem proteger práticas abusivas e ilegais, como seria a do cancelamento promovido no momento em que o segurado mais necessita da cobertura, por estar em tratamento de doença grave"** (AgInt no REsp 1.954.897/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 14/12/2021, DJe 1º/2/2022).

2. Agravo interno a que se nega provimento. (**AgInt no REsp n. 1.975.011/SP**, relator **Ministro Antonio Carlos Ferreira**, Quarta Turma, julgado em 25.4.2022, DJe de 28.4.2022)

-----  
AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESILIÇÃO UNILATERAL. POSSIBILIDADE. BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO. EXCEÇÃO. REEXAME DE PROVAS E DAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS PACTUADAS ENTRE AS PARTES. INVIABILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS 5 E 7/STJ. NÃO PROVIMENTO.

1. **A despeito da possibilidade de o plano de saúde coletivo ser rescindido ou suspenso imotivadamente (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), no caso de usuário internado, independentemente do regime de contratação do plano de saúde (coletivo ou individual), dever-se-á aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física para se pôr fim à avença.** Precedentes.

[...]

3. Agravo interno a que se nega provimento. (**AgInt no AREsp n. 1.762.780/SP**, relatora **Ministra Maria Isabel Gallotti**, Quarta Turma, julgado em 4.4.2022, DJe de 7.4.2022)

-----  
AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO. PACIENTE EM TRATAMENTO DE DOENÇA GRAVE. MANUTENÇÃO. SÚMULAS 7 E 83/STJ.

1. **Em se tratando de contrato coletivo de plano de saúde, mesmo não sendo aplicável o art. 13 da Lei 9.656/1998, as cláusulas previamente estabelecidas não podem proteger práticas abusivas e ilegais, como seria a do cancelamento promovido no momento em que o segurado mais necessita da cobertura, por estar em tratamento de doença grave.**

2. Agravo interno não provido. (**AgInt no REsp n. 1.954.897/SP**, relator **Ministro Luis Felipe Salomão**, Quarta Turma, julgado em 14.12.2021, DJe de 1º.2.2022)

-----  
PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO DE DOENÇA GRAVE. OBRIGAÇÃO DE MANUTENÇÃO DO SERVIÇO ATÉ A



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

ALTA MÉDICA. IMPUGNAÇÃO DA SÚMULA 568 DO STJ. PRECEDENTE ANTERIOR AOS MENCIONADOS NA DECISÃO AGRAVADA. IMPOSSIBILIDADE.

1. **É inviável a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde individual ou coletivo, pela operadora, durante o período em que o beneficiário estiver submetido a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência e/ou incolumidade física.** Precedentes.

2. A aplicação da Súmula 568/STJ é devidamente impugnada quando a parte agravante demonstra, de forma fundamentada, que o entendimento esposado na decisão agravada não se aplica à hipótese em concreto ou, ainda, que é ultrapassado, o que se dá mediante a colação de arestos mais recentes do que aqueles mencionados na decisão hostilizada, o que não ocorreu na hipótese.

3. Agravo interno não provido. (**AgInt no REsp n. 1.879.753/SP**, relatora **Ministra Nancy Andrichi**, Terceira Turma, julgado em 13.12.2021, DJe de 15.12.2021)

-----  
AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. OPERADORA. RESILIÇÃO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO. TRATAMENTO MÉDICO. FINALIZAÇÃO. OBSERVÂNCIA. NECESSIDADE. NORMAS. INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA E TELEOLÓGICA.

[...]

2. **A operadora de plano de saúde, apesar de poder promover a resilição unilateral do plano de saúde coletivo, não poderá deixar ao desamparo os usuários que se encontram sob tratamento médico. Interpretação sistemática e teleológica dos arts. 8º, § 3º, "b", e 35-C da Lei nº 9.656/1998 e 18 da RN nº 428/2017 da ANS, conjugada com os princípios da boa-fé, da função social do contrato, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana.** Precedentes.

3. Agravo interno não provido. (**AgInt no AREsp n. 1.849.475/SP**, relator **Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva**, Terceira Turma, julgado em 13.12.2021, DJe de 16.12.2021)

-----  
AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PROCESSO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE AFRONTA AO ART. 1.022 DO CPC/2015. RESCISÃO UNILATERAL PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DESNECESSIDADE DE OFERECIMENTO DE PLANO INDIVIDUAL. AUSÊNCIA DE INTIMAÇÃO E PACIENTE EM COMA. DEFICIÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO. SÚMULA 283/STF. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

[...]

3. Ademais, **"a resilição unilateral do plano de saúde, mediante prévia notificação, não obstante seja em regra válida, revela-se abusiva quando realizada durante o tratamento médico que possibilite a sobrevivência ou a manutenção da incolumidade física do beneficiário ou dependente"** (AgInt no REsp n. 1.903.742/SP, Relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, DJe de 15/4/2021).

[...]

5. Agravo interno desprovido. (**AgInt no REsp n. 1.950.610/DF**, relator **Ministro Marco Aurélio Bellizze**, Terceira Turma, julgado em 22.11.2021, DJe de 25.11.2021)



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

-----  
DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO NO RECURSO ESPECIAL PLANO DE SAÚDE FAMILIAR OU INDIVIDUAL E COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL PELA OPERADORA. POSSIBILIDADE. ART. 13, PARÁGRAFO ÚNICO, II, DA LEI Nº 9.656/1998. INAPLICABILIDADE AO CASO. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

1. É possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de plano de saúde, visto que a norma prevista no art. 13, II, parágrafo único, da Lei n. 9.656/1998 aplica-se exclusivamente aos contratos individuais ou familiares. Com efeito, é claramente inviável, em vista da preservação do equilíbrio econômico-financeiro da avença e da segurança jurídica, simplesmente transmutar uma avença coletiva em individual. Precedentes.

2. Contudo, **ainda que o plano de saúde coletivo possa ser rescindido unilateralmente, observados os requisitos legais, esta Corte reconhece ser abusiva a rescisão do contrato durante o tratamento médico que possa implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente e/ou o nascituro, como é o caso que envolve o período de gestação.**

3. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 1.888.972/RJ, relator **Ministro Luis Felipe Salomão**, Quarta Turma, julgado em 26.10.2021, DJe de 3.11.2021)

-----  
CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO NA VIGÊNCIA DO NCPC. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESILIÇÃO UNILATERAL. REALIZAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO MÉDICO GARANTIDOR DA SOBREVIVÊNCIA OU A MANUTENÇÃO DA INCOLUMIDADE FÍSICA DO BENEFICIÁRIO. ABUSIVIDADE. PRECEDENTES. ACÓRDÃO DE ACORDO COM A ORIENTAÇÃO FIRMADA NESTA CORTE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 568 DO STJ. APLICAÇÃO DA MULTA POR LITIGÂNCIA DE MÁ-FÉ. IMPOSSIBILIDADE. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.

[...]

2. **A rescisão unilateral do plano de saúde, mediante prévia notificação, não obstante seja em regra válida, revela-se abusiva quando realizada durante o tratamento médico que possibilite a sobrevivência ou a manutenção da incolumidade física do beneficiário ou dependente.**

[...]

4. Agravo interno não provido. (AgInt no REsp n. 1.954.882/SP, relator **Ministro Moura Ribeiro**, Terceira Turma, julgado em 25.10.2021, DJe de 28.10.2021)

-----  
AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO. POSSIBILIDADE, EXCETO DO BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO MÉDICO. JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR.

1. Não se desconhece a possibilidade de o contrato de plano de saúde coletivo ser rescindido imotivadamente após a vigência de 12 meses e mediante prévia notificação dos usuários com antecedência mínima de 60 dias.

2. No entanto, **esta Corte Superior reconhece ser abusiva a rescisão do contrato de plano de saúde, seja coletivo ou individual, do**



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

**usuário que se encontra em tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física.**

3. Agravo Interno não provido. (AgInt no REsp n. 1.891.954/SP, relator **Ministro Paulo de Tarso Sanseverino**, Terceira Turma, julgado em 25.5.2021, DJe de 10.6.2021)

7. Nada obstante, tal exegese — pacífica nesta Corte — somente se revela aplicável quando a operadora não demonstrar a ocorrência de situações aptas a afastar o desamparo do usuário internado ou submetido a tratamento de saúde, quais sejam: (i) a efetiva oferta de proposta de migração para plano de saúde individual; (ii) o fornecimento da comunicação viabilizadora do exercício do direito à portabilidade de carências pelo usuário (nos termos das Resoluções DC/ANS n. 186/2009, 252/2011 e 438/2018); ou (iii) a contratação de novo plano coletivo pelo estipulante.

O dever das operadoras de oferecer a **migração para plano de saúde individual** ao universo dos usuários de plano coletivo unilateralmente extinto encontra-se previsto nos artigos 1º, 2º e 3º da Resolução CONSU/ANS n. 19/1999, *in verbis*:

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

§ 1º – Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

§ 2º – Incluem-se no universo de usuários de que trata o *caput* todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

**Art. 2º Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.**

Parágrafo único – O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o *caput*.

**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.**

Nesse contexto normativo, quando houver o cancelamento do plano privado coletivo de assistência à saúde, deverá ser permitida aos usuários a migração para planos individuais ou familiares, observada a compatibilidade da cobertura assistencial e a portabilidade de carências, desde que a operadora comercialize tal modalidade de contrato e o consumidor opte por se submeter às regras e aos encargos peculiares da avença (AgInt no REsp n. 1.941.254/RJ, relator **Ministro Luis Felipe Salomão**, Quarta Turma, julgado em



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

11.10.2021, DJe de 18.10.2021; e REsp n. 1.471.569/RJ, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 1º.3.2016, DJe de 7.3.2016).

De outra parte, há de ser mencionado o instituto da portabilidade de carências, que, por sua vez, refere-se à "contratação de um plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, em operadoras, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão [...] em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária" (artigo 2º, inciso VII, da Resolução Normativa DC/ANS n. 186/2009, revogada pela Resolução Normativa DC/ANS n. 438, de 28.4.2018).

De acordo com a Resolução Normativa DC/ANS n. 438/2018 — atualmente em vigor —, a portabilidade de carências "é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem" (artigo 2º, inciso I).

Por ocasião de consultas públicas que levaram à edição do supracitado normativo, apresentou-se a seguinte justificativa para se permitir a utilização do instituto da portabilidade de carências pelos usuários de plano coletivo que tiveram o seu contrato extinto por operadora que não comercializa a modalidade individual:

**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.**

(Disponível em:

<[http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/consultas\\_publicas/cp63/exposicao\\_motivos.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp63/exposicao_motivos.pdf)>. Acesso em: 21/7/2020)





## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

À vista disso, o inciso IV do artigo 8º da Resolução Normativa DC/ANS n. 438/2018 preceitua que, **em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica estipulante, a portabilidade de carências "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 "existência de vínculo ativo com o plano de origem", de "observância do prazo de permanência" (período ininterrupto em que o beneficiário deve permanecer vinculado ao plano de origem para se tornar elegível ao exercício da portabilidade de carências) nem de "compatibilidade por faixa de preço", previstos no artigo 3º do ato normativo.

Em tal hipótese, caberá à operadora — que rescindiu unilateralmente o plano coletivo e que não comercializa plano individual — comunicar diretamente aos usuários sobre o direito ao exercício da portabilidade, "indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário", assim como o início e o fim da contagem do prazo de 60 dias (artigo 8º, § 1º, da Resolução Normativa DC/ANS n. 438/2018).

Cumprindo ainda ressaltar que a operadora ou a administradora de benefícios — seja do plano de origem seja do plano de destino — não poderá realizar qualquer cobrança ao usuário nem estabelecer discriminação de preços em virtude do exercício da portabilidade de carências (artigo 11 da Resolução Normativa DC/ANS n. 438/2018).

Outrossim, por ocasião do exercício do aludido direito, não se poderá exigir do usuário o preenchimento de formulário de declaração de saúde — para fins de identificação de doenças ou de lesões preexistentes —, salvo quando o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem (artigo 21 da Resolução Normativa DC/ANS n. 438/2018).

Revela-se importante assinalar que, em relação aos aspectos operacionais, o ato normativo multicitado preconiza que, na página eletrônica institucional da ANS — [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) —, constará o Guia ANS de Planos de Saúde, que emitirá "relatório de compatibilidade entre os planos para fins de portabilidade de carências", o qual deverá ser aceito pela operadora do plano de destino (artigo 14).

Por fim, merece destaque a regra disposta no artigo 5º da resolução em comento, segundo a qual:

Art. 5º A portabilidade de carências poderá ser requerida a qualquer tempo pelo beneficiário após o cumprimento do prazo de permanência previsto no inciso III do *caput* do artigo 3º desta Resolução.

Parágrafo único. **Caso o beneficiário esteja internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação**, ressalvadas as hipóteses de portabilidade previstas nos artigos 8º, 12 e 13 desta Resolução.



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Sobre o tema, colhe-se, *mutatis mutandis*, a ementa do seguinte julgado oriundo da Terceira Turma:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO DE DANO MORAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. RESILIÇÃO UNILATERAL. OPERADORA QUE NÃO COMERCIALIZA PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL E FAMILIAR. CDC. LEI 9.656/1998. ART. 3º DA RESOLUÇÃO CONSU Nº 19/1999. DIÁLOGO DAS FONTES. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA. ABUSIVIDADE. DIREITO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIA RECONHECIDO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação do dano moral ajuizada em 11/11/2015, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 05/02/2018 e atribuído ao gabinete em 11/05/2018.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde coletivo por adesão, depois de resilir unilateralmente o contrato firmado com a pessoa jurídica a que estão vinculados os beneficiários, reintegrá-los no mesmo plano, diante da inexistência, em sua carteira de serviços, de plano individual ou familiar, ou adotar outra providência que lhes assegure a obtenção da tutela pelo resultado prático equivalente.

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 resilição 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.**



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

8. Hipótese em que se reconhece a abusividade da rescisão pela operadora do plano de saúde, por inobservância do dever de notificação prévia, e, por conseguinte, a prorrogação dos efeitos do contrato, com a determinação de que os recorrentes sejam devidamente comunicados da extinção do vínculo contratual a fim de que possam exercer o direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora.

9. Recurso especial conhecido e parcialmente provido. (REsp n. 1.739.907/DF, relatora Ministra Nancy Andrichi, Terceira Turma, julgado em 18.8.2020, DJe de 26.8.2020)

8. A outra situação apta a exonerar a operadora de continuar a custear os cuidados assistenciais prestados ao usuário submetido a internação ou a tratamento de saúde — iniciados antes do cancelamento do pacto coletivo — consiste na **existência de contratação de novo plano pelo empregador com outra operadora.**

Deveras, consoante cediço nesta Corte, em havendo o cancelamento unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, "é recomendável ao empregador promover a pactuação de nova avença com outra operadora, evitando-se prejuízos aos seus empregados (ativos e inativos), que não precisarão se socorrer da portabilidade ou da migração a planos individuais, de custos mais elevados" (EDcl no AgInt no REsp n. 1.941.254/RJ, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 29.11.2021, DJe de 1º.12.2021; e REsp n. 1.846.502/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 20.4.2021, DJe de 26.4.2021).

9. Assim, em resumo, para os fins do artigo 1.036 do CPC, proponho a seguinte tese jurídica: **"A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida."**

10. Passando à análise do caso concreto, constata-se que: (i) o pai do menor aderiu, em 7.2.2014, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual a sua empregadora era estipulante; (ii) no aludido pacto, havia cláusula expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante, indicando o cancelamento da apólice em 16.12.2016; (iv) desde 10.11.2016, foi constatado que o menor — à época, recém-nascido — é portador de cardiopatia congênita, além de sequelas provenientes de infecção urinária causada por superbactéria, o que reclama o acompanhamento contínuo de cardiologista e de nefrologista a fim de garantir a sua sobrevivência; (v) em razão do cancelamento unilateral da apólice



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

coletiva, o menor e o seu genitor — dependente e titular — ajuizaram a presente demanda, em 15.12.2016, postulando a manutenção do seguro-saúde enquanto perdurar a necessidade do referido acompanhamento médico e respectivo tratamento de saúde; (vi) em 15.12.2016, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pela magistrada de piso determinando que a ré custeasse o tratamento médico e hospitalar do menor (fls. 26-27), o que ensejou a reativação do plano de saúde em 19.12.2016; e (vii) a sentença — mantida pelo Tribunal de origem — condenou a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide, restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas.

Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual para se determinar que, observada a manutenção da cobertura financeira dos tratamentos médicos do usuário dependente que se encontrem em curso, seja o coautor (usuário titular) devidamente cientificado, após a alta médica, da extinção do vínculo contratual, 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, salvo se optar por aderir a novo plano coletivo eventualmente firmado pelo seu atual empregador.

**11.** Ante o exposto, dou parcial provimento ao recurso especial apenas para, nos termos da fundamentação *supra*, adequar o comando condenatório inserto na sentença e confirmado pelo acórdão recorrido, além de determinar o restabelecimento do ônus sucumbencial arbitrado pela magistrada de piso.

É como voto.



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

### CERTIDÃO DE JULGAMENTO SEGUNDA SEÇÃO

Número Registro: 2019/0145595-3      **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.842.751 / RS**

Números Origem: 00111601652055 00778820420188217000 00865875420198217000  
02477413420168210001 02793311320188217000 03811898720188217000  
2477413420168210001 2793311320188217000 3811898720188217000 70077126704  
70079141198 70080159775 70081146789 778820420188217000 865875420198217000

PAUTA: 22/06/2022

JULGADO: 22/06/2022

#### **Relator**

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. JOSÉ BONIFÁCIO BORGES DE ANDRADA

Secretária

Bela. ANA ELISA DE ALMEIDA KIRJNER

#### **AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A  
ADVOGADOS : GERALDO NOGUEIRA DA GAMA E OUTRO(S) - RS005951  
MÁRCIO VIEIRA SOUTO COSTA FERREIRA - RJ059384  
SIMONE PADILHA - RS037893  
SERGIO BERMUDES - SP033031  
ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825  
RODRIGO TANNURI - SP310320  
RECORRIDO : G G M (MENOR)  
REPR. POR : C C M  
ADVOGADA : BELIZA OLMEDO - RS104874  
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - FENASAÚDE -  
"AMICUS CURIAE"  
ADVOGADO : ANDRÉ RODRIGUES CYRINO E OUTRO(S) - DF058605  
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - "AMICUS  
CURIAE"  
ADVOGADO : WALTER JOSE FAIAD DE MOURA - DF017390  
INTERES. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS  
CURIAE"  
ADVOGADO : GUILHERME VALDETARO MATHIAS E OUTRO(S) - RJ075643  
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS - "AMICUS  
CURIAE"  
PROCURADOR : ADRIANA CRISTINA DULLIUS - RS051201  
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"  
ADVOGADO : SANDER GOMES PEREIRA JUNIOR - MG089879

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



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

### SUSTENTAÇÃO ORAL

Sustentaram oralmente:

- 1 - Pelo Recorrente BRADESCO SAÚDE S/A, o Dr. RODRIGO TANNURI;
- 2 - Pela Interessada FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - FENASAÚDE, a Dra. ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS;
- 3 - Pela Interessada AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS, a Dra. ADRIANA CRISTINA DULLIUS;
- 4 - Pelo Interessado INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, o Dr. WALTER JOSE FAIAD DE MOURA;
- 5 - Pela DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, o Dr. SANDER GOMES PEREIRA JUNIOR.

### CERTIDÃO

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

A Segunda Seção, por unanimidade, deu parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Para os fins repetitivos, foi aprovada a seguinte tese no TEMA 1.082: "A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida."

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Paulo de Tarso Sanseverino, Maria Isabel Gallotti, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Buzzi, Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Antonio Carlos Ferreira.