A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), sob o rito dos recursos repetitivos (Tema 1.082), estabeleceu a tese de que a operadora, mesmo após rescindir unilateralmente o plano ou o seguro de saúde coletivo, deve garantir a continuidade da assistência a beneficiário internado ou em tratamento de doença grave, até a efetiva alta, desde que ele arque integralmente com o valor das mensalidades.

A tese fixada no rito dos repetitivos orienta os juízes e tribunais de todo o país no julgamento de casos semelhantes.

O julgamento do repetitivo teve a participação, como amici curiae, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, da Federação Nacional de Saúde Suplementar, da Defensoria Pública da União e do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.

A relatoria dos recursos coube ao ministro Luis Felipe Salomão, segundo o qual o artigo 13, parágrafo único, incisos I e II, da Lei 9.656/1998 é taxativo ao proibir a suspensão de cobertura ou a rescisão unilateral imotivada – por iniciativa da operadora – do plano privado individual ou familiar.

De acordo com o dispositivo, apenas quando constatada fraude ou inadimplência é que o contrato poderá ser rescindido ou suspenso, mas, para isso, é necessário que o paciente não esteja internado ou submetido a tratamento garantidor de sua incolumidade física.

Regras do plano individual são aplicáveis às modalidades coletivas

No caso dos planos coletivos, o relator apontou que a legislação prevê a hipótese de rescisão imotivada no caso de contratos com 30 ou mais beneficiários – desde que observados os requisitos da Resolução Normativa 195/2009 da ANS. Para os planos com menos de 30 usuários, a rescisão unilateral exige justificativa válida.

Embora os planos coletivos tenham características específicas, e o artigo 13 da Lei 9.656/1998 seja voltado para os contratos individuais ou familiares, Salomão ressaltou que o dispositivo também atinge os contratos grupais, de forma a vedar a possibilidade de rescisão contratual durante internação do usuário ou tratamento de doença grave.

"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", completou o ministro.

Manutenção do custeio só ocorre se operadora não oferecer alternativas ao usuário

Por outro lado, Luis Felipe Salomão ponderou que esse entendimento só é aplicável quando a operadora não demonstrar que manteve a assistência ao beneficiário em estado grave, a exemplo da oferta de migração para plano de saúde individual ou a contratação de novo plano coletivo.

Nesse sentido, Salomão enfatizou que, nos termos da Resolução Normativa 438/2018 da ANS, a operadora que rescindiu unilateralmente o plano coletivo e não comercializa plano individual deve informar os usuários sobre o direito à portabilidade para outra operadora de saúde, sem a necessidade do cumprimento de novo prazo de carência.

Segundo o relator, outra situação que exonera a operadora de continuar custeando a assistência ao beneficiário com doença grave ocorre quando o empregador contrata novo plano coletivo com outra empresa.

Ao julgar um dos recursos vinculados ao tema repetitivo, Salomão reformou parcialmente o acórdão de segundo grau para que, observada a manutenção da cobertura do tratamento de saúde, o titular seja comunicado de que, após a alta médica, haverá a extinção contratual, momento em que terá início o prazo para requerer a portabilidade de carência – salvo se aderir a novo plano coletivo eventualmente contratado pelo empregador.

REsp 1842751

REsp 1846123

Fonte: STJ, em 23.06.2022