

A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que é necessária a prévia notificação do beneficiário para a extinção unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, ainda que o motivo seja a prática de fraude pela empresa que figurou como estipulante – isto é, a contratante do serviço de assistência à saúde.

De acordo com os autos, o autor da ação foi beneficiário de um plano de saúde coletivo empresarial por aproximadamente dois anos, até receber um *email* que comunicava o cancelamento unilateral imediato do contrato. Não houve notificação prévia. O motivo foi a constatação, pela operadora, de que um grupo de fraudadores havia constituído empresas fictícias para vender planos de saúde coletivos, envolvendo consumidores de boa-fé que eram apresentados falsamente como empregados.

Em ação contra a operadora, o beneficiário pediu que o plano fosse mantido até a rescisão formal do contrato, cumprida a exigência contratual de comunicação prévia com pelo menos 60 dias de antecedência.

Beneficiário utilizou serviços médicos e estava em dia com mensalidades

O caso chegou ao STJ após o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) entender que deveria ser aplicado no caso o [artigo 248 do Código Civil \(CC\)](#), e não o [Código de Defesa do Consumidor \(CDC\)](#). Para a corte local, "toda a negociação ilícita foi engendrada por um grupo de fraudadores, sendo impossível imputar a qualquer das partes qualquer responsabilidade, razão pela qual é cabível a resolução do contrato, não havendo que se falar em reparação de danos".

A relatora do recurso do beneficiário na Terceira Turma, ministra Nancy Andrighi, lembrou que o artigo 18 da [Resolução Normativa 195](#) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autoriza a exclusão do beneficiário, sem a anuência da contratante, quando for extinto seu vínculo empregatício.

A ministra acrescentou que, embora esse vínculo nunca tenha existido no caso em julgamento, o contrato foi devidamente cumprido durante mais de dois anos, tanto pela operadora, que custeou diversos procedimentos médicos, quanto pelo beneficiário, que pagou todas as mensalidades devidas. Sendo assim – concluiu –, não se aplica o artigo 248 do CC, pois não se trata de obrigação impossível, como entendeu o TJDFT.

Operadora integra cadeia de fornecimento do serviço

Para Nancy Andrighi, o beneficiário de boa-fé não pode sofrer as consequências do cancelamento repentino do plano de saúde, tendo em vista que não é possível atribuir a ele qualquer envolvimento ou responsabilidade pela fraude.

Por outro lado, a relatora ressaltou que a operadora integra a cadeia de fornecimento e não pode se eximir de sua responsabilidade, perante o consumidor, por falha na prestação da cobertura assistencial, conforme o [artigo 14 do CDC](#). Segundo observou, cabia à gestora de saúde verificar a condição de elegibilidade do beneficiário, e, além disso, ela se beneficiou economicamente durante o período de vigência contratual.

Acompanhando o voto da relatora, o colegiado determinou que o plano de saúde seja mantido até sua rescisão formal, após a devida comunicação prévia ao beneficiário.

[Leia o acórdão no REsp 2.164.372.](#)

[REsp 2164372](#)

Fonte: STJ, em 20.01.2026