

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.895.321 - MG (2020/0063900-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A
ADVOGADO : LILIANE NETO BARROSO - MG048885
ADVOGADOS : PAULA REGINA GUERRA DE RESENDE - MG080788
MONIQUE DE PAULA FARIA - MG131497
BRUNA GABRIELA DE BARROS BERLINI - MG155240
BARBARA SILVA HORTA - MG192732
NATALIA ARAUGIO GOMES - MG154473
MARIANA MOURA MARQUES TEIXEIRA - MG183442
SOC. de ADV. : BARROSO, MUZZI, BARROS, GUERRA E ASSOCIADOS - ADV. E CONS.
RECORRIDO : ALBA FALCAO PEDROSA COSTA
RECORRIDO : LUCAS FALCAO ARAUJO
RECORRIDO : PEDRO FALCAO ARAUJO
ADVOGADO : EDUARDO DUARTE LUSO DOS SANTOS - MG052937

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE ANULAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚMULA 211/STJ. INTERESSE RECURSAL. AUSÊNCIA. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. NÃO RENOVAÇÃO. 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. DIREITO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIA RECONHECIDO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de anulação de rescisão de contrato ajuizada em 27/06/2016, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 16/09/2019 e atribuído ao gabinete em 14/09/2020. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde coletivo empresarial, depois de optar pela não renovação do contrato com a pessoa jurídica a que estão vinculados os beneficiários, mantê-los em plano individual ou familiar, mesmo diante da inexistência em sua carteira de serviços.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados, não obstante a interposição de embargos de declaração, impede o conhecimento do recurso especial.

4. É inviável o conhecimento do recurso especial em relação a pedido já deferido pelo Tribunal de origem, em razão da ausência de interesse recursal.

5. 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.

6. Se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo empresarial 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.

7. 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, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

8. 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.

9. 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.

10. Hipótese em que considerando a prorrogação do contrato, fica determinado que os beneficiários sejam devidamente comunicados da data efetivada da extinção do vínculo contratual, a fim de que possam exercer o direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se houver a contratação de novo plano de saúde pelo empregador.

11. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, parcialmente provido.



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, por unanimidade, conhecer em parte do recurso especial e, nesta parte, dar-lhe parcial provimento, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a). 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), 06 de abril de 2021(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.895.321 - MG (2020/0063900-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A

ADVOGADO : LILIANE NETO BARROSO - MG048885

ADVOGADOS : PAULA REGINA GUERRA DE RESENDE - MG080788

MONIQUE DE PAULA FARIA - MG131497

BRUNA GABRIELA DE BARROS BERLINI - MG155240

BARBARA SILVA HORTA - MG192732

NATALIA ARAUGIO GOMES - MG154473

MARIANA MOURA MARQUES TEIXEIRA - MG183442

SOC. de ADV. : BARROSO, MUZZI, BARROS, GUERRA E ASSOCIADOS - ADV. E CONS.

RECORRIDO : ALBA FALCAO PEDROSA COSTA

RECORRIDO : LUCAS FALCAO ARAUJO

RECORRIDO : PEDRO FALCAO ARAUJO

ADVOGADO : EDUARDO DUARTE LUSO DOS SANTOS - MG052937

RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relator):

Cuida-se de recurso especial interposto por UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, com fundamento na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/MG.

Recurso especial interposto em: 16/09/2019.

Concluso ao gabinete em: 14/09/2020.

Ação: de anulação de rescisão de contrato com pedido de tutela de urgência, ajuizada por ALBA FALCÃO PEDROSA COSTA E OUTROS em face da UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, na qual pretendem a manutenção do contrato de saúde coletivo empresarial ou a migração para plano familiar ou individual, sem carências e nas mesmas condições do atual.

Sentença: julgou procedente o pedido inicial, para confirmar a liminar deferida, determinando que a UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A assegure a continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde discutida nos autos, mediante migração do plano coletivo anterior/rescindido para a modalidade

individual e/ou família.

Acórdão: negou provimento à apelação interposta pela UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, nos termos da seguinte ementa:

EMENTA: APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL COLETIVO – NÃO RENOVAÇÃO PELA EMPRESA ESTIPULANTE – POSSIBILIDADE – MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR – CABIMENTO.

- Embora a não renovação do contrato seja um direito da operadora de saúde, mediante notificação prévia (art. 13, parágrafo único, inciso II da Lei n.º 9.656/98), ao beneficiário deve ser oportunizada a migração para um plano de natureza individual ou familiar oferecido pela estipulante, nos termos do artigo 1º da Resolução CONSU nº 19/1999.

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

Recurso especial: alega violação dos arts. 421, 422, 774, 796 do Código Civil; 17 da Resolução ANS 195/2009; e 1º e 3º da Resolução CONSU 19/1999.

Sustenta que *“admite-se a rescisão unilateral de contrato coletivo de plano de saúde, imotivadamente, após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte”* e que *“a hipótese dos autos versa exatamente sobre essa situação de não renovação contratual de contrato coletivo”*, razão pela qual não poderia ser *“obrigada a disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários vinculados a esse contrato legalmente rescindido”* (e-STJ, fls. 382).

Alega que *“não há nos autos elementos hábeis a ensejar a condenação da Recorrente à manutenção de um contrato que não lhe é mais oportuno e vantajoso, e até mesmo porque esgotou-se seu prazo de vigência”*, bem como a *“ensejar sua condenação à migração dos beneficiários desse contrato a um contrato na modalidade individual/familiar que sequer comercializa”* (e-STJ, fl.

383).

Afirma que “*não se pode aplicar o disposto no art. 13 da Lei nº 9.656/98 aos contratos coletivos empresariais, já que tal norma se aplica apenas aos planos individuais/familiares*” (e-STJ, fl. 383).

Assevera que a Resolução CONSU 19/1999 “*prevê no seu artigo 3º que a obrigatoriedade de disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, quando as Operadoras/Seguradoras também mantiverem plano ou seguro na modalidade individual ou familiar*” o que, todavia, não se aplica na espécie, tendo em vista que “*não pode comercializar produtos de plano de saúde individual ou familiar (...) por decisão da própria ANS*” (e-STJ, fls. 386/387).

Defende que a não renovação do contrato quando do término de seu prazo “*não pode ser confundida com a rescisão unilateral, que é um ato que provoca desequilíbrio entre as partes, pois o equilíbrio se encontra justamente no fato de ambas as partes poderem usufruir da possibilidade de não renovar*” (e-STJ, fl. 388).

Aduz que não pode “*ser compelida a se manter vinculada aos mesmos termos da apólice anterior, sob pena de obrigá-la a suportar riscos com os quais sequer anuiu expressamente, não havendo que se falar nem mesmo em direito adquirido, mas sim em observância da liberdade de contratar e da autonomia privada, bem como da boa-fé objetiva nas relações jurídicas*” (e-STJ, fl. 389).

Pleiteia seja conhecido e provido o recurso especial para reformar o acórdão recorrido, para reconhecer a legalidade da rescisão do contrato coletivo e a inexistência de obrigatoriedade de migração dos autores/recorridos para contrato individual/familiar, modalidade que não comercializa, em razão de suspensão da ANS.

Superior Tribunal de Justiça

Prévio juízo de admissibilidade: o TJ/MG inadmitiu o recurso especial na origem, dando azo à interposição do agravo, provido para determinar a conversão em especial.

É o relatório.



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.895.321 - MG (2020/0063900-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A

ADVOGADO : LILIANE NETO BARROSO - MG048885

ADVOGADOS : PAULA REGINA GUERRA DE RESENDE - MG080788

MONIQUE DE PAULA FARIA - MG131497

BRUNA GABRIELA DE BARROS BERLINI - MG155240

BARBARA SILVA HORTA - MG192732

NATALIA ARAUGIO GOMES - MG154473

MARIANA MOURA MARQUES TEIXEIRA - MG183442

SOC. de ADV. : BARROSO, MUZZI, BARROS, GUERRA E ASSOCIADOS - ADV. E CONS.

RECORRIDO : ALBA FALCAO PEDROSA COSTA

RECORRIDO : LUCAS FALCAO ARAUJO

RECORRIDO : PEDRO FALCAO ARAUJO

ADVOGADO : EDUARDO DUARTE LUSO DOS SANTOS - MG052937

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE ANULAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚMULA 211/STJ. INTERESSE RECURSAL. AUSÊNCIA. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. NÃO RENOVAÇÃO. 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. DIREITO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIA RECONHECIDO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de anulação de rescisão de contrato ajuizada em 27/06/2016, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 16/09/2019 e atribuído ao gabinete em 14/09/2020. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde coletivo empresarial, depois de optar pela não renovação do contrato com a pessoa jurídica a que estão vinculados os beneficiários, mantê-los em plano individual ou familiar, mesmo diante da inexistência em sua carteira de serviços.

3. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados, não obstante a interposição de embargos de declaração, impede o conhecimento do recurso especial.

4. É inviável o conhecimento do recurso especial em relação a pedido já deferido pelo Tribunal de origem, em razão da ausência de interesse recursal.

5. 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.

6. Se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo empresarial 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.

7. 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, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

8. 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.

9. 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.

10. Hipótese em que considerando a prorrogação do contrato, fica determinado que os beneficiários sejam devidamente comunicados da data efetivada da extinção do vínculo contratual, a fim de que possam exercer o direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se houver a contratação de novo plano de saúde pelo empregador.

11. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, parcialmente provido.



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.895.321 - MG (2020/0063900-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A

ADVOGADO : LILIANE NETO BARROSO - MG048885

ADVOGADOS : PAULA REGINA GUERRA DE RESENDE - MG080788

MONIQUE DE PAULA FARIA - MG131497

BRUNA GABRIELA DE BARROS BERLINI - MG155240

BARBARA SILVA HORTA - MG192732

NATALIA ARAUGIO GOMES - MG154473

MARIANA MOURA MARQUES TEIXEIRA - MG183442

SOC. de ADV. : BARROSO, MUZZI, BARROS, GUERRA E ASSOCIADOS - ADV. E CONS.

RECORRIDO : ALBA FALCAO PEDROSA COSTA

RECORRIDO : LUCAS FALCAO ARAUJO

RECORRIDO : PEDRO FALCAO ARAUJO

ADVOGADO : EDUARDO DUARTE LUSO DOS SANTOS - MG052937

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relator):

O propósito recursal consiste em decidir sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde coletivo empresarial, depois de optar pela não renovação do contrato com a pessoa jurídica a que estão vinculados os beneficiários, mantê-los em plano individual ou familiar, mesmo diante da inexistência em sua carteira de serviços.

DA AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO

1. Apesar da interposição de embargos de declaração, o acórdão recorrido não decidiu acerca dos arts. 421, 422, 774, 796 do Código Civil; e 17 da Resolução ANS 195/2009 (que embasam a tese da recorrente de legalidade da manifestação da operadora de seguro saúde coletivo pela não renovação do contrato), indicados como violados. Por isso, o julgamento do recurso especial é, no ponto, inadmissível.

Aplica-se, na hipótese, a Súmula 211/STJ.

DA AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL

2. Ainda que fosse superado o óbice do prequestionamento, verifica-se, da leitura do acórdão impugnado, que o TJ/MG acolheu o pedido da recorrente de que fosse reconhecida a legalidade da manifestação da operadora de seguro de saúde coletivo pela não renovação do contrato (e-STJ, fl. 334).

3. Desse modo, falta à recorrente o necessário interesse recursal quanto a esse ponto, impossibilitando o seu conhecimento.

DA DELIMITAÇÃO DA CONTROVÉRSIA

4. O contexto delineado no acórdão de apelação dá conta de que ALBA FALCÃO PEDROSA COSTA E OUTROS são beneficiários do seguro de saúde coletivo empresarial operado pela UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A e que a operadora, em 26/04/2017, notificou os beneficiários sobre o cancelamento da apólice do seguro de saúde a partir de 30/06/2017, data do término de sua vigência, sem, contudo, disponibilizar a migração para a modalidade individual e/ou familiar, de modo a assegurar aos beneficiários a continuidade da prestação dos serviços de assistência saúde.

5. Diante desse cenário, o TJ/MG, embora tenha considerado que “a não renovação do contrato seja um direito da operadora de saúde, mediante notificação prévia (art. 13, parágrafo único, inciso II da Lei n.º 9.656/98)”, decidiu que “ao beneficiário deve ser oportunizada a migração para um plano de natureza individual ou familiar oferecido pela estipulante, nos termos do artigo 1º da Resolução CONSU nº 19/1999 e artigos 13 e 14, R.N nº 254/2011” (e-STJ, fls. 334/335).

6. Daí porque pretende a recorrente seja afastada a determinação de

migração dos beneficiários para contrato individual e/ou familiar, sob o argumento de que não comercializa tais produtos por decisão da ANS.

DA OBRIGAÇÃO DE FAZER IMPOSTA À OPERADORA DE SEGURO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL, EM VIRTUDE DA NÃO RENOVAÇÃO DO CONTRATO

7. 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.

8. No exercício dessa atribuição, foi editada a Resolução CONSU nº 19/1999, 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.

9. 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”.

10. 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.

11. No particular, com base nesse dispositivo, a UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A afirma que “*não comercializa planos de seguro saúde*”

individuais/familiares, pelo que impossibilita que estes sejam oferecidos aos beneficiários que se encontram na iminência de terem seus contratos rescindidos, ou mesmo ingresso de novos beneficiários nesta modalidade (...) uma vez que não pode comercializar produtos de plano de saúde individual/familiar (...) por decisão da própria ANS” (e-STJ, fl. 386 e 387).

12. O TJ/SP, todavia, com base nas regras protetivas ao consumidor e nos dispositivos da Lei 9.656/1998, da Resolução CONSU 19/1999 e da Resolução Normativa ANS 254/2011, decidiu que *“deixar o consumidor à mingua do cancelamento do seu plano de saúde, o coloca em risco, prejudicando seu direito à saúde e ferindo a própria legislação que rege a matéria”* e concluiu ser *“dever da empresa estipulante o oferecimento de novo plano na modalidade individual ou familiar ao beneficiário, destacando-se ainda a desnecessidade de cumprimento de novos prazos de carência (...) observado, apenas, (...) a respectiva contraprestação das parcelas devidas para tal modalidade”* (e-STJ, fls. 336 e 337).

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

14. 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)

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

16. 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.

17. Impende, ainda, 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)

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

19. Então, se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo 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.

20. 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 das operadoras de seguro de saúde coletivos, do direito de não renovar os contratos celebrados por adesão, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

21. Nessa linha de raciocínio, 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 pessoa jurídica e que não oferece plano na modalidade individual ou familiar, corresponde o dever de proteção dos consumidores (beneficiários vinculados à pessoa jurídica), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço.

22. Sob essa ótica, a Terceira Turma, ao julgar o REsp 1.732.511/SP, na sessão de 04/08/2020, concluiu 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 Resolução 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, solução perfeitamente admissível na presente hipótese.

23. Essa conclusão é reforçada pelo fato de que, recentemente, a Resolução ANS 186/2009 foi revogada pela Resolução 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 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. 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).

24. Diante desse contexto, embora não se possa coagir a recorrente a fornecer plano de saúde individual ou familiar, tampouco impedi-la de extinguir o vínculo contratual existente, deve ser permitido aos beneficiários exercer devidamente o direito de dar continuidade ao serviço de assistência à saúde, sem a contagem de novo prazo de carência.

25. Logo, merece parcial reforma o acórdão impugnado, para determinar que sejam os beneficiários devidamente cientificados da extinção do vínculo contratual, levando-se em consideração a data da efetiva cessação dos efeitos contratuais até então prorrogados pela sentença e acórdão do TJ/MG, contando-se, a partir daí, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se houver a contratação de novo plano de saúde pelo empregador.

DA CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO PARCIALMENTE do recurso especial e DOU-LHE PROVIMENTO, 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 contratual, levando-se em consideração a data da efetiva cessação dos efeitos contratuais até então prorrogados pela sentença e acórdão do TJ/MG, contando-se, a partir daí, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se houver a contratação de novo plano de saúde pelo empregador.

Em consequência, ficam ALBA FALCÃO PEDROSA COSTA 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.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2020/0063900-1

PROCESSO ELETRÔNICO

**Resp 1.895.321 /
MG**

Números Origem: 10000170777072001 10000170777072002 10000170777072003 10000170777072004
10000170777072005 50813009120178130024 50873555820178130024

PAUTA: 06/04/2021

JULGADO: 06/04/2021

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**

Subprocurador-Geral da República

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

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A
ADVOGADO : LILIANE NETO BARROSO - MG048885
ADVOGADOS : PAULA REGINA GUERRA DE RESENDE - MG080788
MONIQUE DE PAULA FARIA - MG131497
BRUNA GABRIELA DE BARROS BERLINI - MG155240
BARBARA SILVA HORTA - MG192732
NATALIA ARAUGIO GOMES - MG154473
MARIANA MOURA MARQUES TEIXEIRA - MG183442
SOC. de ADV. : BARROSO, MUZZI, BARROS, GUERRA E ASSOCIADOS - ADV. E CONS.
RECORRIDO : ALBA FALCAO PEDROSA COSTA
RECORRIDO : LUCAS FALCAO ARAUJO
RECORRIDO : PEDRO FALCAO ARAUJO
ADVOGADO : EDUARDO DUARTE LUSO DOS SANTOS - MG052937

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:

A Terceira Turma, por unanimidade, conheceu em parte do recurso especial e, nesta parte, deu-lhe parcial provimento, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a).

Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino (Presidente), Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.