AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.448.176 - RJ (2019/0049327-8)

RELATOR	**:**	**MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE	:	VISION MED ASSISTENCIA MEDICA LTDA
ADVOGADOS	:	CARLOS ALBERTO SUSSEKIND ROCHA E OUTRO(S) - RJ079827 LUCIANA GOMES DE OLIVEIRA SOUZA - RJ156463 GUSTAVO OLIVEIRA CALDEIRA ESGANZELA - RJ201856
AGRAVADO	:	ANNA BECZKOWSKI
ADVOGADOS	:	ANNA CAROLINA LUNDGREN CARRILHO E OUTRO(S) - RJ182870 MARCELO CORRÊA RIPPER - RJ172587

EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. **AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC**. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL IMOTIVADA. SUPOSTA OMISSÃO. ALEGAÇÃO DEFICIENTE. INCIDÊNCIA, POR ANALOGIA, DA SÚMULA Nº 284 DO STF. MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL. INADMISSIBILIDADE. OPERADORA. EXPLORAÇÃO EXCLUSIVA DE PLANOS COLETIVOS. FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL. DANO MORAL. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO. APLICAÇÃO DA SÚMULA Nº 211 DO STJ. REFORMA DO JULGADO. REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 7 DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO.

DECISÃO

ANNA BECZKOWSKI (ANNA) ajuizou ação de obrigação de fazer e reparação por danos morais com pedido de tutela antecipada contra VISION MED ASSISTENCIA MEDICA LTDA. (VISION MED), cujos pedidos foram julgados procedentes (e-STJ, fls. 463/467 e 490).

VISION MED manifestou apelação que não foi provida pelo Tribunal fluminense nos termos da seguinte ementa:

> *APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO ENTRE A ADMINISTRADORA E A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. POSSIBILIDADE. NINGUÉM É OBRIGADO A MANTER INDEFINIDAMENTE RELAÇÃO CONTRATUAL NA QUAL NÃO POSSUI MAIS INTERESSE. PARTE RÉ QUE TEM O DEVER DE OFERECER A POSSIBILIDADE DE MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL, FAMILIAR OU COLETIVO POR*

> *ADESÃO SEM CUMPRIMENTO DE PRAZO DE CARÊNCIA, COMPATÍVEL COM O PLANO DE ORIGEM, NA FORMA DO ART. 1º DA RESOLUÇÃO Nº 19/99 DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. O FATO DE NÃO MAIS COMERCIALIZAR PLANOS DE SAÚDE NA MODALIDADE INDIVIDUAL NÃO PODE SERVIR COMO ESCUSA AO CUMPRIMENTO DA NORMA. PRECEDENTES. RECURSO DESPROVIDO* (e-STJ, fls. 543/549).

Os embargos de declaração interpostos foram rejeitados, com imposição de multa de 0,5% sobre o valor atualizado da causa (e-STJ, fls. 560/565).

Inconformada, VISION MED manejou recurso especial com fundamento no art. 105, III, *a* e *c*, da CF, alegando, além de dissídio, violação dos arts. **(1)** 1.022 do NCPC, por haver omissão no acórdão recorrido, em que pese o manejo do recurso integrativo; **(2)** 473 do CC/02; 13, parágrafo único, II, e 35-E, III, ambos da Lei nº 9.656/98; e, 3º da CONSU 19/99, argumentando que, em virtude da legalidade da resilição unilateral, não pode ser compelida a ofertar à ANNA plano na modalidade individual, porquanto não comercializa esse tipo de produto; e, **(3)** 186, 187 e 927, todos do CC/02, ao sustentar que, por ter agido com base na legalidade, não há falar em reparação por dano moral.

As contrarrazões foram apresentadas (e-STJ, fls. 651/657).

Em juízo de admissibilidade, o Tribunal de origem inadmitiu o apelo nobre (e-STJ, fls. 662/671).

Contra essa decisão, VISION MED manifestou o presente agravo em recurso especial, sustentando o desacerto da decisão agravada (e-STJ, fls. 722/741).

A contraminuta não foi apresentada (e-STJ, fl. 774).

É o relatório.

Decido.

CONHEÇO do agravo e passo ao julgamento do recurso especial interposto às e-STJ, fls. 567/593.

O inconformismo não merece ser conhecido.

De plano, vale pontuar que o presente recurso foi interposto contra decisão publicada na vigência do NCPC, razão pela qual devem ser exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma nele prevista, nos termos do Enunciado Administrativo nº 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016:

> *Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos*

> *a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.*

(1) Da omissão

Não se pode conhecer da apontada violação do art. 1.022 do NCPC, porquanto as alegações que fundamentaram a suposta ofensa são genéricas, sem indicação efetiva dos pontos omissos, contraditórios ou obscuros. Tal deficiência, impede a abertura da instância especial, nos termos da Súmula nº 284 do Supremo Tribunal Federal, aplicável, por analogia, neste Tribunal: *É inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia.*

Nesse sentido, veja-se o seguinte precedente:

> *CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AFRONTA AO ART. 535 DO CPC NÃO DEMONSTRADA. SÚMULA N. 284 DO STF. ALEGADA ILEGITIMIDADE PASSIVA. MATÉRIA ANALISADA EM DECISÃO DEFINITIVAMENTE JULGADA. PRECLUSÃO CONSUMATIVA. VALOR DA INDENIZAÇÃO. PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E DA RAZOABILIDADE. DIVERGÊNCIA NÃO DEMONSTRADA. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.*
> ***1. Considera-se deficiente, a teor da Súmula n. 284 do STF, a fundamentação do recurso especial que alega violação do art. 535 do CPC, mas não demonstra, clara e objetivamente, qual o ponto omisso, contraditório ou obscuro do acórdão recorrido que não teria sido sanado no julgamento dos embargos de declaração.***
> *[…]*
> *5. Agravo regimental a que nega provimento.*
> (AgRg no AREsp 264.238/RJ, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Quarta Turma, DJe 18/12/15 - sem destaque no original)

Além do mais, a jurisprudência desta Corte possui o entendimento de que os embargos de declaração têm por objetivo sanar omissão, obscuridade ou contradição no julgado e que, ***ausentes os vícios indicados no art. 535 do CPC/73, não cabe utilizá-los com o intuito exclusivo de prequestionar a matéria*** (EDcl no AgRg no REsp 1.499.467/RS, Rel. Ministra DIVA MALERBI, Desembargadora convocada do TRF da 3ª Região, Segunda Turma, DJe 12/2/2016).

(2) Da oferta de plano individual

Na hipótese dos autos, a Corte de origem compreendeu ser possível a rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano coletivo de saúde, respeitados os requisitos legais, **desde que acompanhada da garantia, à beneficiária, da possibilidade de migração para plano individual ou familiar**, mantidas as condições do antigo e sem perda da carência, ainda que a operadora não ofereça esse tipo de produto no mercado.

Vejam-se os fundamentos do aresto combatido:

> *Nos planos de saúde coletivos, podem os contratantes (operadora e estipulante) estipular a possibilidade de rescisão unilateral do contrato, uma vez que, em respeito à liberdade de contratar, ninguém é obrigado a manter eternamente a execução de contrato que não mantém mais interesse.*
> *No entanto, para que isto ocorra, as operadoras devem disponibilizar a migração dos beneficiários para plano de saúde individual sem cumprimento de novos prazos de carência, mantendo-se as coberturas e abrangência compatíveis com o plano de origem, bem como que os beneficiários sejam notificados acerca da rescisão em tempo razoável, que lhes permita optar pela migração dentro de 30 (trinta dias) após o cancelamento.*
> *[…]*
> ***Sustenta a parte ré que não mais opera planos de saúde individuais ou familiares, não sendo possível ofertar a possibilidade de migração à autora.***
> *Com efeito,* ***a ré não pode se eximir da responsabilidade que lhe é atribuída pela Resolução acima citada, somente porque não mais comercializa planos individuais; se assim fosse, poderia descumprir as normas livremente, sem nenhuma consequência, deixando um sem número de beneficiários à própria sorte.***
> *Ora, os contratos de prestação de serviço de saúde, em razão de sua peculiaridade, estabelecem uma relação de dependência no consumidor, o qual passa a crer que pode confiar e contar com a aludida prestação, gerando, assim, uma expectativa de continuidade do contrato.*
> *E o objetivo da norma é justamente impedir que o segurado, em virtude de um cancelamento ao qual não deu causa, seja surpreendido com a obrigação de suportar novos prazos de carência e valores exorbitantes, o que poderia dificultar ou mesmo inviabilizar a adesão de novo plano.*
> *Assim,* ***não é crível que a ré possa se escusar de cumprir determinação legal, sob o argumento de que não possui planos na***

> ***modalidade individual**, sendo certo que pode manter a autora como beneficiária, seja em outro plano coletivo, seja fazendo parcerias com outras operadoras para resolução de casos como o da hipótese* (e-STJ, fls. 546/547 – sem destaques no original).

Como se sabe, o STJ firmou entendimento de que, **em regra**, é possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de plano de saúde, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte.

Além disso, nos termos do art. 30, *caput* e § 1º, da Lei nº 9.656/1998, quando há a demissão imotivada do ex-empregado, a operadora de plano de saúde deve lhe facultar a prorrogação temporária do plano coletivo empresarial ao qual havia aderido, contanto que arque integralmente com os custos das mensalidades, não podendo superar o prazo estabelecido em lei, qual seja, período mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Todavia, **a operadora não está obrigada a disponibilizar plano individual, na hipótese de não comercializar esse tipo de produto.**

Confiram-se, a título ilustrativo, os seguintes julgados:

> *AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL COLETIVO. MANUTENÇÃO PROVISÓRIA DE EMPREGADA DEMITIDA SEM JUSTA CAUSA NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIA. OBRIGAÇÃO DA OPERADORA DE DISPONIBILIZAR PLANO INDIVIDUAL APÓS O PERÍODO DE PERMANÊNCIA. INEXISTÊNCIA. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL QUANTO À UMA DAS OBRIGAÇÕES COMINATÓRIAS RECONHECIDAS NA ORIGEM. CABIMENTO. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE DO* QUANTUM *ARBITRADO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ.*
> *(...)*
> ***4. Por outro lado, 'a operadora de plano de saúde não pode ser obrigada a oferecer plano individual a ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa após o direito de permanência temporária no plano coletivo esgotar-se (art. 30 da Lei nº 9.656/1998), sobretudo se ela não disponibilizar no mercado esse tipo de plano',** o que 'não pode ser equiparado ao cancelamento do plano privado de assistência à saúde feito pelo próprio empregador, ocasião em que podem incidir os institutos da migração ou da portabilidade de carências' (REsp 1.592.278/DF, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado*

em 07.06.2016, DJe 20.06.2016).

5. No caso dos autos, a usuária, após ser demitida sem justa causa, tinha direito de ser mantida no plano de saúde coletivo por seis meses. Em razão de tratamento médico decorrente de procedimento cirúrgico coberto, considerou-se correta a extensão provisória do prazo de sua manutenção na condição de beneficiária do plano coletivo. Contudo, após encerrado o tratamento médico pós-operatório, ***não há falar em obrigação da operadora em proceder à migração da usuária para plano de saúde individual ou familiar****. Isso porque não ocorrida a hipótese de cancelamento do plano coletivo pelo empregador (§ 2º do artigo 26 da Resolução ANS 279/2011) e, ademais, independente de seus motivos,* ***a operadora não comercializa planos de saúde individuais****.*

(...)

8. Agravo interno provido para admitir o agravo a fim de conhecer em parte do recurso especial e, nessa extensão, dar-lhe parcial provimento, negando a pretensão autoral voltada ao fornecimento de plano individual substituto pela operadora, mantida a decisão atacada quanto ao mais.

(AgInt no AREsp 885.463/DF, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Rel. p/ Acórdão Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Quarta Turma, DJe 8/5/2017 - sem destaques no original)

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EMPREGADO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. PRORROGAÇÃO TEMPORÁRIA DO BENEFÍCIO. REQUISITOS PREENCHIDOS. EXAURIMENTO DO DIREITO. DESLIGAMENTO DO USUÁRIO. LEGALIDADE. PLANO INDIVIDUAL. MIGRAÇÃO. INADMISSIBILIDADE. OPERADORA. EXPLORAÇÃO EXCLUSIVA DE PLANOS COLETIVOS.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a operadora de plano de saúde está obrigada a fornecer, após o término do direito de prorrogação do plano coletivo empresarial conferido pelo art. 30 da Lei nº 9.656/1998, plano individual substituto ao trabalhador demitido sem justa causa, nas mesmas condições de cobertura e de valor.

2. Quando há a demissão imotivada do trabalhador, a operadora de plano de saúde deve lhe facultar a prorrogação temporária do plano coletivo empresarial ao qual havia aderido, contanto que arque integralmente com os custos das mensalidades, não podendo superar o prazo estabelecido em lei: período mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses. Incidência do art. 30, caput e § 1º, da Lei nº 9.656/1998. Precedentes.

3. A operadora de plano de saúde pode encerrar o contrato de assistência à saúde do trabalhador demitido sem justa causa após

> *o exaurimento do prazo legal de permanência temporária no plano coletivo, não havendo nenhuma abusividade em tal ato ou ataque aos direitos do consumidor, sobretudo em razão da extinção do próprio direito assegurado pelo art. 30 da Lei nº 9.656/1998. Aplicação do art. 26, I, da RN nº 279/2011 da ANS.*
> *4. **A operadora de plano de saúde não pode ser obrigada a oferecer plano individual** a ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa após o direito de permanência temporária no plano coletivo esgotar-se (art. 30 da Lei nº 9.656/1998), **sobretudo se ela não disponibilizar no mercado esse tipo de plano**. Além disso, tal hipótese não pode ser equiparada ao cancelamento do plano privado de assistência à saúde feito pelo próprio empregador, ocasião em que pode incidir os institutos da migração ou da portabilidade de carências.*
> *5. **Não é ilegal a recusa de operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuarem apenas no segmento de planos coletivos**. Não há norma legal alguma obrigando-as a atuar em determinado ramo de plano de saúde. O que é vedada é a discriminação de consumidores em relação a produtos e serviços que já são oferecidos no mercado de consumo por determinado fornecedor, como costuma ocorrer em recusas arbitrárias na contratação de planos individuais quando tal tipo estiver previsto na carteira da empresa.*
> *(...)*
> *7. Recurso especial não provido.*
> (REsp 1.592.278/DF, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe 20/6/2016 - sem destaques no original)

Nesse contexto, por confrontar o entendimento desta Casa, o acórdão recorrido não **deveria** subsistir, pelo menos em sua integralidade.

Explico!

No caso, em que pese a jurisprudência desta Corte admitir o desfazimento unilateral imotivado, em se tratando de contrato coletivo de plano de saúde, após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias (art. 17, parágrafo único, da RN nº 195/2009 da ANS), porquanto a norma inserta no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98, aplica-se exclusivamente aos contratos individuais ou familiares, **há peculiaridades que devem ser sopesadas para garantir a manutenção de ANNA no plano de saúde, por outros fundamentos**.

Isso porque a eg. Terceira Turma, aos 20/4/2018, modificou o entendimento até então perfilhado, para **condicionar a validade da rescisão unilateral do contrato pela operadora em face de pessoa jurídica com até trinta beneficiários a**

apresentação de justificativa idônea, em virtude da vulnerabilidade desse grupo de usuários, e em respeito aos princípios da boa-fé e da conservação dos contratos.

O referido entendimento vem sendo mantido e já encontra respaldo, também, na 4ª Turma do STJ.

A propósito, confiram-se os seguintes precedentes:

> *RECURSO ESPECIAL. CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE COM MENOS DE TRINTA USUÁRIOS. NÃO RENOVAÇÃO. NECESSIDADE DE MOTIVO IDÔNEO. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS. LEI 9.656/98. RESOLUÇÃO ANS 195/2009 e RESOLUÇÃO ANS 309/2012. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL.*
> *1. O artigo 13, parágrafo único, II, da Lei n° 9.656/98, que veda a resilição unilateral dos contratos de plano de saúde, não se aplica às modalidades coletivas, tendo incidência apenas nas espécies individuais ou familiares. Precedentes das Turmas da Segunda Seção do STJ.*
> ***2. A regulamentação dos planos coletivos empresariais (Lei n° 9.656/98, art. 16, VII) distingue aqueles com menos de trinta usuários, cujas bases atuariais se assemelham às dos planos individuais e familiares, impondo sejam agrupados com a finalidade de diluição do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado em cada um deles (Resoluçoes 195/2009 e 309/2012 da ANS).***
> ***3. Nesses tipos de contrato, em vista da vulnerabilidade da empresa estipulante, dotada de escasso poder de barganha, não se admite a simples rescisão unilateral pela operadora de plano de saúde, havendo necessidade de motivação idônea. Precedente da Terceira Turma (RESP 1.553.013/SP, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJ 20.3.2018).***
> *4. […]*
> *5. Recurso especial parcialmente conhecido, ao qual se nega provimento.*
> (REsp 1.776.047/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, julgado em 23/4/2019, DJe 25/4/2019 – sem destaques no original)

> *AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. MICROEMPRESA COM APENAS TRÊS BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. CONDUTA ABUSIVA. MOTIVAÇÃO IDÔNEA. NECESSIDADE. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO.*
> *1. É válida a cláusula que prevê resilição unilateral de contrato de plano de saúde coletivo empresarial com menos de trinta*

beneficiários, condicionada a motivação idônea. Precedentes.

2. Na hipótese, impõe-se a manutenção do contrato, diante da constatação, pelas instâncias ordinárias, de que o contrato coletivo empresarial conta com apenas três beneficiários e a resilição unilateral, fundada em suposto aumento de sinistralidade, não apresentou nenhum esclarecimento ou motivação, em desrespeito aos princípios da função social do contrato e da boa-fé objetiva.

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1.132.794/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, j. 12/3/2019, DJe 20/3/2019 – sem destaque no original)

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE CONHECIMENTO. SAÚDE SUPLEMENTAR. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. VIOLAÇÃO DE DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL OU DE SÚMULA. DESCABIMENTO. FUNDAMENTAÇÃO. AUSENTE. DEFICIENTE. SÚMULA 284/STF. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. SÚMULA 211/STJ. INCIDÊNCIA DO CDC. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. EMPRESA COM MENOS DE TRINTA BENEFICIÁRIOS. FATO JURÍDICO RELEVANTE. ABUSIVIDADE CONFIGURADA. MOTIVAÇÃO. NECESSIDADE. VULNERABILIDADE. RECONHECIDA. BOA-FÉ E MANUTENÇÃO DOS CONTRATOS.

1. Ação ajuizada em 27/10/15. Recurso especial interposto em 24/05/17 e concluso ao gabinete em 24/11/17. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal consiste em definir se a operadora está autorizada a rescindir unilateral e imotivadamente contrato de plano de saúde coletivo empresarial firmado em favor de pessoa jurídica com 13 beneficiários.

3. A interposição de recurso especial não é cabível quando ocorre violação de dispositivo constitucional ou de qualquer ato normativo que não se enquadre no conceito de lei federal, conforme disposto no art. 105, III, "a" da CF/88. 4. A ausência de fundamentação ou a sua deficiência importa no não conhecimento do recurso quanto ao tema.

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

6. A Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98) prevê que se aplicam subsidiariamente as disposições do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde coletivo e individual/familiar (art.

35-G).

7. Apenas em relação aos contratos individuais/familiares é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta

dias, nos termos do art. 13, II, LPS.

8. Há expressa autorização concedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a operadora do plano de saúde rescindir unilateral e imotivadamente o contrato coletivo (empresarial ou por adesão), desde que observado o seguinte: i) cláusula contratual expressa sobre a rescisão unilateral; ii) contrato em vigência por período de pelo menos doze meses; iii) prévia notificação da rescisão com antecedência mínima de 60 dias.

9. Contudo, a rescisão do contrato por conduta unilateral da operadora em face de pessoa jurídica com até trinta beneficiários deve apresentar justificativa idônea para ser considerada válida, dada a vulnerabilidade desse grupo de usuários, em respeito aos princípios da boa-fé e da conservação dos contratos.

10. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa parte, parcialmente provido.

(REsp 1.708.317/RS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 17/4/2018, DJe 20/4/2018 – sem destaque no original)

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SAÚDE SUPLEMENTAR. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. CATEGORIA. MENOS DE TRINTA BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. CLÁUSULA CONTRATUAL. MITIGAÇÃO. VULNERABILIDADE. CONFIGURAÇÃO. CARACTERÍSTICAS HÍBRIDAS. PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO. CDC. INCIDÊNCIA. MOTIVAÇÃO IDÔNEA. NECESSIDADE. REAJUSTES ANUAIS. MECANISMO DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA. IDOSO. PERCENTUAL ABUSIVO. DEMONSTRAÇÃO. QUANTIAS PAGAS A MAIOR. DEVOLUÇÃO. PRESCRIÇÃO TRIENAL. OBSERVÂNCIA.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. As questões controvertidas nestes autos são: se é válida a cláusula contratual que admite a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde coletivo empresarial que contém menos de 30 (trinta) beneficiários e se a devolução das quantias de mensalidades pagas a maior deve se dar a partir de cada desembolso ou do ajuizamento da demanda.

3. É vedada a suspensão ou a rescisão unilateral nos planos individuais ou familiares, salvo por motivo de fraude ou de não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias (art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998). Incidência do princípio da conservação dos contratos.

4. Nos contratos de planos privados de assistência à saúde

coletivos, admite-se a rescisão unilateral e imotivada após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, desde que haja cláusula contratual a respeito (art. 17, caput e parágrafo único, da RN ANS nº 195/2009).

5. Os contratos grupais de assistência à saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários possuem características híbridas, pois ostentam alguns comportamentos dos contratos individuais ou familiares, apesar de serem coletivos. De fato, tais avenças com número pequeno de usuários contêm atuária similar aos planos individuais, já que há reduzida diluição do risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências. Em contrapartida, estão sujeitos à rescisão unilateral pela operadora e possuem reajustes livremente pactuados, o que lhes possibilita a comercialização no mercado por preços mais baixos e atraentes.

6. Diante da vulnerabilidade dos planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) usuários, cujos estipulantes possuem pouco poder de negociação em relação à operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias, e para dissipar de forma mais equilibrada o risco, a ANS editou a RN nº 309/2012, dispondo sobre o agrupamento desses contratos coletivos pela operadora para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual.

7. Os contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários não podem ser transmudados em plano familiar, que não possui a figura do estipulante e cuja contratação é individual. A precificação entre eles é diversa, não podendo o CDC ser usado para desnaturar a contratação.

8. Em vista das características dos contratos coletivos, a rescisão unilateral pela operadora é possível, pois não se aplica a vedação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, mas, ante a natureza híbrida e a vulnerabilidade do grupo possuidor de menos de 30 (trinta) beneficiários, deve tal resilição conter temperamentos, incidindo, no ponto, a legislação do consumidor para coibir abusividades, primando também pela conservação contratual (princípio da conservação dos contratos).

9. A cláusula contratual que faculta a não renovação do contrato de assistência médica-hospitalar nos contratos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) usuários não pode ser usada pela operadora sem haver motivação idônea. Logo, na hipótese, a operadora não pode tentar majorar, de forma desarrazoada e desproporcional, o custeio do plano de saúde, e, após, rescindi-lo unilateralmente, já que tal comportamento configura abusividade nos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários.

10. É possível a devolução dos valores de mensalidades de plano de saúde pagos a maior, diante do expurgo de parcelas judicialmente declaradas ilegais, a exemplo de reajustes reconhecidamente abusivos, em virtude do princípio que veda o enriquecimento sem

> *causa. Aplicação da prescrição trienal em tal pretensão condenatória de ressarcimento das quantias indevidamente pagas. Precedente da Segunda Seção, em recurso repetitivo.*
> *11. Recurso especial parcialmente provido.*
> (REsp 1.553.013/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, julgado em 13/3/2018, DJe 20/3/2018 – sem destaques no original)

Em resumo, em virtude da vulnerabilidade da empresa estipulante, dotada de escasso poder de barganha, não se admite a simples resilição unilateral pela operadora de plano de saúde, havendo necessidade de motivação idônea.

Na espécie, de acordo com a sentença, ANNA, ***em novembro de 1993, aderiu a plano de saúde coletivo empresarial oferecido pela ré*** – VISION MED – ***e firmado com a Sociedade de Engenheiros e Arquitetos do Estado do Rio de Janeiro (SEAERJ); que o contrato perdura por mais de vinte e um anos, atendendo a oito beneficiários e um dependente, todos idosos*** (e-STJ, fl. 463).

Desse modo, em respeito aos princípios da boa-fé e da conservação dos contratos, a resilição do contrato por ato unilateral da operadora em face de pessoa jurídica com 8 beneficiários deve apresentar justificativa idônea para ser considerada válida, dada a vulnerabilidade desse grupo de usuários, o que não foi constatado nos autos pelas instâncias ordinárias.

Por conseguinte, ANNA deve permanecer vinculada ao plano de saúde, nos termos em que definidos pelo acórdão recorrido.

Em aparte, acrescento que é fato notório a alienação da carteira da VISION MED para a UNIMED-RIO, tanto que ANNA, em suas contrarrazões, noticiou tal fato, que não foi negado por aquela operadora, o que implica, ao fim e ao cabo, a falta de interesse processual do presente recurso, que buscou a exclusão da beneficiária, com mais de 86 anos de idade (e-STJ, fl. 21), da sua carteira de beneficiários coletivos.

(3) Da alegada violação dos arts. 186, 187 e 927, todos do CC/02

Verifica-se, de plano, que o conteúdo normativo referente aos mencionados dispositivos de lei não foi objeto de debate no v. acórdão recorrido, mesmo após a interposição de embargos declaratórios, carecendo, portanto, do necessário prequestionamento viabilizador do recurso especial, requisito indispensável ao acesso às instâncias excepcionais.

Ressalte-se que é exigência contida na própria previsão constitucional de interposição do recurso especial que a matéria federal tenha sido decidida em única ou

última instância pela Corte de origem, não sendo suficiente a parte discorrer sobre o dispositivo legal que entende infringido. É imprescindível que se tenha emitido juízo de valor sobre os preceitos indicados como violados, o que não ocorreu na hipótese examinada, mesmo tendo sido opostos embargos de declaração.

Aplicável, assim, a Súmula nº 211 do STJ, a qual estabelece ser *inadmissível recurso especial quanto à questão que, a despeito da oposição de embargos declaratórios, não foi apreciada pelo Tribunal* a quo.

Ainda que assim não fosse, qualquer outra análise acerca da ocorrência de ato ilícito, da forma como trazida no recurso especial, seria necessário o revolvimento do arcabouço fático-probatório, procedimento sabidamente aqui inviável diante do óbice da Súmula nº 7 do STJ: *A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial.*

Assim, está claro que o recurso especial não ultrapassa a barreira do conhecimento.

Considerando a aplicabilidade das regras do NCPC e o não conhecimento do recurso, MAJORO em 5% os honorários advocatícios sucumbenciais fixados em desfavor de VISION MED, nos termos do art. 85, § 11, do NCPC.

Publique-se.

Intime-se.

Brasília, 14 de junho de 2019.

Ministro MOURA RIBEIRO

Relator