AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.439.407 - SP (2019/0022503-1)

RELATOR	**:**	**MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE	:	ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA
ADVOGADOS	:	RENATO LUÍS DE PAULA - SP130851
		MAURO JOSÉ CAVALHEIRO JUNIOR E OUTRO(S) - SP351252
AGRAVANTE	:	CAIXA SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAUDE S/A
ADVOGADOS	:	LIVIA CRISTINA DA SILVA SAAD AFFONSO - RJ162092
		ANDRE LUIZ DO RÊGO MONTEIRO TAVARES PEREIRA E OUTRO(S) - SP344647
AGRAVADO	:	MATRIX SERVICOS MEDICOS S.S
ADVOGADO	:	RENATA VILHENA SILVA - SP147954
INTERES.	:	NATALLY DE OLIVEIRA MORAIS TRINDADE

EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. **AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC**. CAIXA SAÚDE. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESILIÇÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. ESTIPULANTE COM MENOS DE TRINTA BENEFICIÁRIOS. FATO JURÍDICO RELEVANTE. ABUSIVIDADE CONFIGURADA. MOTIVAÇÃO. NECESSIDADE. VULNERABILIDADE. RECONHECIDA. BOA-FÉ E MANUTENÇÃO DOS CONTRATOS. PRECEDENTES. INCIDÊNCIA DA SÚMULA Nº 568 DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO.

DECISÃO

MATRIX SERVIÇOS MÉDICOS S.S. (MATRIX) e NATALLY DE OLIVEIRA MORAIS TRINDADE (NATALLY) ajuizaram ação de obrigação de fazer e reparação por danos morais contra ADM ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA. (ADM) e CAIXA SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE S.A. (CAIXA SAÚDE), cujos pedidos foram julgados improcedentes (e-STJ, fls. 395/397).

Inconformadas, MATRIX e NATALLY manifestaram recurso de apelação que foi parcialmente provido pelo Tribunal bandeirante nos termos da seguinte ementa:

> *PLANO DE SAÚDE. Contrato familiar travestido de coletivo. Poucos beneficiários, 04 integrantes da mesma família. Resilição unilateral imotivada. Impossibilidade. Aplicação das regras do CDC. Precedente do STJ. Cláusula contratual abusiva. Aplicação extensiva do art. 13, § único, inciso II, da Lei 9.656/98. Beneficiária que está em tratamento médico. Rescisão contratual*

> *que implicaria em ofensa à boa-fé objetiva e à função social do contrato. Cláusula nula de pleno direito. Art. 51, IV, e §1º, I e II, CDC. Danos morais não configurados. Ausência de prejuízo, ante antecipação de tutela. Indenização indevida. Sentença parcialmente reformada para declarar a nulidade da cláusula contratual que possibilita a resilição unilateral do contrato. Sucumbência das rés. Recurso parcialmente provido* (e-STJ, fl. 564).

Os embargos de declaração interpostos foram rejeitados (e-STJ, fls. 580/584, 595/598 e 649/652).

Irresignada, CAIXA SAÚDE manejou recurso especial com fundamento no art. 105, III, *a* e *c*, da CF, alegando, além de dissídio, violação do art. 13, parágrafo único, da Lei nº 9.656/98, ao sustentar que o contrato coletivo pode ser resilido e que não há como aplicar os princípios relativos aos contratos individuais.

As contrarrazões foram apresentadas (e-STJ, fls. 686/695).

Em juízo de admissibilidade, o Tribunal de origem inadmitiu o apelo nobre (e-STJ, fls. 698/699).

Contra essa decisão, CAIXA SAÚDE manifestou o presente agravo em recurso especial, sustentando o desacerto da decisão agravada (e-STJ, fls. 718/721).

A contraminuta foi apresentada (e-STJ, fls. 727/736).

É o relatório.

Decido.

CONHEÇO do agravo e passo ao julgamento do recurso especial interposto às e-STJ, fls. 655/666.

O inconformismo não merece ser provido.

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.*

<u>Da alegada afronta ao art. 13, parágrafo único, da Lei nº 9.656/98</u>

Na hipótese dos autos, a Corte de origem compreendeu não ser possível a rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano coletivo de saúde, sob os seguintes fundamentos:

> *Em que pese a argumentação das rés,* ***pelo que se observa a fls. 37, trata-se de contrato celebrado em nome de empresa, com poucos beneficiários (quatro), o que configura contrato familiar travestido de coletivo.***
> *Assim, cabível, no presente caso, a aplicação extensiva do artigo 13, § único, II, da Lei 9.656/98, que veda a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou falta de pagamento por período superior a 60 dias, o que não ocorreu no presente caso.*
> *[…]*
> ***Ademais, houve comprovação de que a beneficiária Natally foi diagnosticada com microcarcinoma papífero e bócio colóide, necessitando de acompanhamento médico (fls. 62/63).***
> ***A rescisão unilateral do contrato, neste momento, implicaria na interrupção da cobertura do tratamento dos beneficiários do plano, em afronta aos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, o que não pode ser admitido.***
> *Portanto, no caso, é nula de pleno direito a cláusula contratual que prevê a possibilidade de rescisão unilateral imotivada, nos termos do artigo 51, inciso IV, e §1º, incisos I e II, do Código de Defesa do Consumidor* (e-STJ, fls. 566/567 – sem destaques no original).

Como se sabe, a jurisprudência desta Corte admite, **em regra**, 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.

Contudo, há peculiaridades que devem ser sopesadas para garantir a manutenção do contrato do plano de saúde no caso.

Isso porque a eg. Terceira Turma, aos 20/4/2018, modificou o entendimento até então perfilhado, para **condicionar a validade da resilição 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. […]*
> *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.

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 4 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.

Assim, estando o acórdão recorrido em consonância com a jurisprudência dominante firmada no âmbito desta Corte, colhe-se a incidência da Súmula nº 568 do STJ, segundo a qual *o relator, monocraticamente e no Superior Tribunal de Justiça, poderá dar ou negar provimento ao recurso quando houver entendimento dominante acerca do tema.*

Nessas condições, **CONHEÇO** do agravo para **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso especial.

Considerando a aplicabilidade das regras do NCPC e o não provimento do recurso, MAJORO os honorários advocatícios anteriormente fixados em desfavor de CAIXA SAÚDE, de R$ 2.000,00 (dois mil reais) para R$ 4.000,00 (quatro mil reais), nos termos do art. 85, § 11 do NCPC.

Publique-se.

Intime-se.

Brasília, 18 de junho de 2019.

Ministro MOURA RIBEIRO

Relator