

RECURSO ESPECIAL Nº 1.754.873 - SP (2018/0188250-0)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
RECORRENTE : **BRADESCO SAÚDE E ASSISTÊNCIA S/A**
ADVOGADO : **ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825**
RECORRIDO : **PALMIRA SGARBI**
ADVOGADO : **GILBERTO LACHTER GREIBER - SP296779**

DECISÃO

Trata-se de recurso especial interposto por BRADESCO SAÚDE E ASSISTÊNCIA S.A., com fundamento na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado (e-STJ, fl. 192):

"APELAÇÃO - Plano de Saúde - Ação de Obrigação de Fazer - Contrato Coletivo de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares - Rescisão do contrato entre operadora do plano de saúde e empresa estipulante, por razões comerciais - Pretensão do beneficiário de continuidade do plano de saúde nas mesmas condições vigentes no contrato coletivo - Tutela antecipada concedida - Sentença de procedência - Inconformismo da ré - Necessidade de oferecer um plano na modalidade individual, quando houver extinção da modalidade coletiva, sem a necessidade de cumprir novo prazo de carência Inteligência do art. 1º, da Resolução nº 19 do CONSU - Valor do novo plano que deverá respeitar o valor do contrato individual, considerando a igualdade de tratamento entre o autor e demais consumidores - Recurso desprovido, com observação."

Em suas razões, a recorrente aponta violação dos arts. 1.022 do CPC/2015 e 1º, 4º, VII, XI e XXIII, da Lei 9.961/2000.

Sustenta que o Tribunal de origem deixou de se manifestar sobre a alegada competência exclusiva da Agência Nacional de Saúde Suplementar para regular a questão.

Acrescenta que o acórdão atacado usurpou a competência da ANS e que a RN 279 da ANS é clara ao dispor que, *"mesmo após demitido ou aposentado, o beneficiário do seguro deve permanecer à apólice coletiva de seu ex-empregador"* (e-STJ, fl. 203), não podendo ser obrigada a manter o recorrido em *"uma apólice individual com condições e preço de uma apólice empresarial"* (e-STJ, fl. 207).

É o relatório. Decido.

Extrai-se dos autos que a ação de obrigação de fazer em desfavor do recorrente foi julgada procedente para determinar que o réu realize a migração da autora para um plano individual, sem carência e com as mesmas coberturas do plano de saúde que possuía antes do cancelamento do contrato. Eis os fundamentos do julgado (e-STJ, fls. 152/153):

"Cuida-se de ação de obrigação de fazer em que a autora postula a manutenção do segurado saúde de que era beneficiária, cancelado por denúncia unilateral da estipulante, nas mesmas condições de cobertura e preço, mediante o pagamento do valor integral correspondente à sua mensalidade, vale dizer, mediante migração para apólice de seguro individual.

verbis: "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".

Como bem salientou o Desembargador Ramon Mateo Junior em caso análogo, "os beneficiários dos planos de saúde coletivos, que vieram a ser cancelados pela empregadora ou pela estipulante, podem optar em manter o contrato com a mesma operadora, agora na modalidade individual ou familiar, em condições econômico-financeiras adequadas e razoáveis..." (TJSP, 7ª Câmara de Direito Privado, AP nº 0196455-80.2010.8.26.0100, j. 05.12.12).

Outrossim, de acordo com o art. 13 da Resolução Normativa n. 254 da ANS, é garantido ao responsável pelo contrato e, nos planos individuais ou familiares e coletivos por adesão, bem como a cada beneficiário autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carência. A propósito, o art.

15 da mesma resolução estabelece que: "Para o exercício do direito previsto no artigo anterior, é necessário que o plano de destino atenda aos seguintes requisitos: I seja do tipo individual ou familiar ou coletivo por adesão; II seja compatível com o plano de origem, conforme disposto no Anexo da RN nº 186, de 2009; e III sua faixa de preço seja igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor do plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de migração, na forma prevista no Anexo da RN nº 186, de 2009".

Extrai-se, portanto, das normas acima citadas e colacionadas, que

a autora possui o direito de permanecer vinculada ao seguro saúde da ré, nos mesmos moldes da contratação anterior (preço, abrangência e cobertura), devendo ser ressaltado, ainda, que a autora é portadora de enfermidade que exige tratamento contínuo, conforme relatório médico acostado às fls. 16."

O Tribunal de origem manteve a sentença de primeiro grau, nestes termos (e-STJ, fls. 193/196):

"Em que pesem as alegações da ré, sabe-se que na editada Resolução nº 19, em seu artigo 1º, propõe-se que operadoras de assistência à saúde devem oferecer um plano na modalidade individual, quando houver extinção da modalidade coletiva, sem a necessidade de cumprir novo prazo de carência.

Assim, rescindido o contrato entre a estipulante ALSTOM BRASIL e a ré Bradesco Saúde por vontade daquela, não pode a autora, beneficiário do plano de saúde, ser prejudicada por tal ato.

É certo que o artigo 3º da Resolução em comento, dispõe que tal obrigação só se aplica as operadoras que mantenham também o plano de saúde ou seguro de assistência a saúde na modalidade individual ou familiar.

Ocorre que o fato da ré não mais comercializar apólices individuais não afasta a sua obrigação de oferecer um plano de saúde individual à autora.

Isto porque, ainda que não haja mais a comercialização de planos individuais, sabe-se que eles continuaram a existir em benefícios dos antigos usuários com direito adquirido.

Assim, ao contrário do quanto sustentado pela ré nas razões de apelo, além de obrigatória, é perfeitamente possível a migração da autora para um dos planos individuais registrados junto a ANS.

Até porque, não se trata de uma contratação de novo plano de saúde, mas apenas de uma migração de quem já é beneficiário, não havendo qualquer prejuízo da ré."

Como visto, a Corte de origem se manifestou sobre todas as questões necessárias ao deslinde da controvérsia, apenas sendo a conclusão do julgado diversa da pretendida pela recorrente, de modo que a rejeição dos embargos declaratórios, nesse contexto, não implica negativa de prestação jurisdicional.

Aliás, encampou a sentença de primeiro grau, que assegurou o direito da recorrida de permanecer vinculada ao seguro saúde, nos mesmos moldes da contratação anterior, mesmo tendo havido a extinção da modalidade coletiva, ressaltando que aquela é

portadora de enfermidade que exige tratamento contínuo.

Tal entendimento não destoa da jurisprudência desta Corte, segundo a qual, *"não obstante o plano de saúde coletivo possa ser rescindido unilateralmente, mediante prévia notificação do usuário, esta Corte reconhece ser abusiva a rescisão do contrato durante o tratamento médico garantidor da sobrevivência"* (AgInt no AREsp 1.553.320/SP, Rel. **Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO**, DJe de 12/11/2019)

Nessa linha de intelecção, confirmam-se os seguintes precedentes:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. PLANO DE SAÚDE. INEXISTÊNCIA DE OFENSA AO ART. 1.022 DO CPC/2015. ACÓRDÃO ESTADUAL DEVIDAMENTE FUNDAMENTADO. RESCISÃO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO DE DOENÇA GRAVE. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Não se constata a alegada violação ao art. 1.022 do CPC/2015, na medida em que a eg. Corte de origem dirimiu, fundamentadamente, as questões essenciais ao deslinde da controvérsia.

2. "A jurisprudência desta Corte considera abusiva a rescisão contratual de plano de saúde, por parte da operadora, independentemente do regime de contratação (individual ou coletivo), durante o período em que a parte segurada esteja submetida a tratamento médico de emergência ou de urgência garantidor da sua sobrevivência e/ou incolumidade física, em observância ao que estabelece o art. 35-C da Lei n. 9.656/1998" (AgInt no AREsp 1.226.181/DF, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 22/05/2018, DJe de 1º/06/2018).

3. Estando o acórdão estadual em consonância com a jurisprudência desta Corte, o apelo especial encontra óbice na Súmula 83/STJ.

*4. Agravo interno desprovido." (AgInt no AREsp 1.122.960/SP, Rel. **Ministro RAUL ARAÚJO**, DJe de 8/10/2019)*

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL. TRATAMENTO DE DOENÇA GRAVE. ABUSIVIDADE.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. É abusiva a rescisão unilateral do contrato quando o segurado está em tratamento de doença grave.

3. Agravo interno não provido." (AgInt no REsp 1.677.965/RS, Rel. **Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**, DJe de 18/9/2019)

É o caso, portanto, de incidência da Súmula 83/STJ.

Diante do exposto, nos termos do art. 255, § 4º, II, do RISTJ, nego provimento ao recurso especial.

Publique-se.

Brasília/DF, 21 de novembro de 2019.

MINISTRO RAUL ARAÚJO
Relator