

RECURSO ESPECIAL Nº 1.791.560 - RJ (2019/0012621-1)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADOS : JAIME HENRIQUE PORCHAT SECCO E OUTRO(S) - RJ129059
GABRIEL GAYOSO E ALMENDRA PRISCO PARAISO - RJ154532
RECORRIDO : PAULO ROBERTO AVRIL
ADVOGADO : FREDERICO SOUZA DE CARVALHO - RJ146617
RECORRIDO : S/A O ESTADO DE S. PAULO
ADVOGADO : CELSO DE FARIA MONTEIRO E OUTRO(S) - RJ165048

DECISÃO

Trata-se de recurso especial interposto por BRADESCO SAÚDE S.A., com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, assim ementado (e-STJ, fl. 328):

"APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. AUTOR QUE MESMO APÓS O FIM DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO PERMANECEU ASSOCIADO AO PLANO. EXTINÇÃO DA APÓLICE COLETIVA, A PEDIDO DA PESSOA JURÍDICA ESTIPULANTE. BENEFICIÁRIO SURPREENDIDO COM A NEGATIVA DE COBERTURA MÉDICA. SENTENÇA CONDENATÓRIA DETERMINANDO O RESTABELECIMENTO DO SERVIÇO, NA MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR, E A COMPENSAÇÃO DOS DANOS MORAIS SUPOSTOS PELO DEMANDANTE. IRRESIGNAÇÃO DA SEGURADORA DE SAÚDE QUE NÃO MERECE PROSPERAR. DEVER DE OFERECER AO USUÁRIO A POSSIBILIDADE DE MIGRAÇÃO PARA OUTRO PLANO QUE NÃO FOI OBSERVADO. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO."

Em suas razões, a recorrente aponta violação dos arts. 187 e 421 do Código Civil; 39, IX, do CDC; 1.022 do CPC/2015; e 4º, II, XIII e XVI da Lei 9.961/2000, além de dissídio jurisprudencial.

Aduz, em síntese, a ilegitimidade passiva da recorrente, tendo em vista que se trata de mera administradora do plano de saúde empresarial do qual o recorrido fazia parte, bem como que a apólice de seguro-saúde foi celebrada apenas com a ex-empregadora.

Afirma que não pode autorizar o procedimento médico solicitado em

novembro de 2015, já que em outubro desse mesmo ano a estipulante solicitou o cancelamento da apólice, sendo daquela a responsabilidade por eventos ocorridos a partir desse momento.

Acrescenta não ser possível a migração de apólices coletivas para individuais, especialmente porque não mais comercializa estas últimas.

É o relatório. Passo a decidir.

Extraí-se dos autos que Paulo Roberto Avril ajuizou ação em desfavor de Bradesco Saúde e de O Estado de São Paulo, com o objetivo de ser mantida no plano de saúde de que era beneficiária quando era empregada do segundo réu, sob a alegação de que teve atendimento de emergência negado diante do cancelamento do plano. A ação foi julgada procedente para condenar a recorrente a reativar o plano e proceder à migração do autor para plano de saúde individual/familiar, com as mesmas características do plano do qual era beneficiário, bem como o pagamento de danos morais.

O Tribunal de origem manteve a sentença de primeiro grau e afastou a alegada ilegitimidade passiva, afirmando que, *"embora haja a intermediação da estipulante na contratação do plano de saúde coletivo, certo é que o autor é consumidor dos serviços prestados pela seguradora"*, de modo a concluir pela *"pertinência subjetiva da demanda em relação à recorrente"* (e-STJ, fl. 331).

Tal entendimento não destoia da jurisprudência desta Corte, segundo a qual, *"a empresa prestadora do plano de saúde é parte legitimada passivamente para a ação indenizatória movida por filiado em face da rescisão unilateral do contrato"* (AgRg no AREsp 239.437/RJ, Relator o Ministro Sidnei Beneti, DJe de 4/2/2013). Incide, pois, a Súmula 83/STJ.

Aquela Corte ainda destacou, quanto à necessidade de migração do recorrido para outro plano de saúde com as mesmas características do plano cancelado, administrado pela Bradesco Saúde S.A., o seguinte (e-STJ, fls. 330/331):

"No mérito, tem-se que nada obsta a rescisão do plano de saúde empresarial pela rés, porém, é dever imposto à operadora de saúde a disponibilização de um plano individual ou familiar, a seus beneficiários, de forma a assegurar a continuidade dos serviços de assistência à saúde prestados [...].

Ademais, tanto a estipulante, quanto a recorrente, deveriam ter

Superior Tribunal de Justiça

comunicado a denúncia do contrato ao autor, tendo em vista o dever de informação imposto pelo CDC aos fornecedores de serviço, bem como por ser esta a conduta esperada das rés, segundo os ditames da boa-fé objetiva, possibilitando-lhe, assim, a continuidade da assistência médica através da migração.

Com isso, ao não tomarem as medidas necessárias para evitar que o beneficiário do plano de saúde extinto ficasse desamparado [...].

Como se observa, o acórdão atacado consignou ser possível a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde desde que haja a comunicação prévia ao consumidor a esse respeito, o que não foi feito, de modo a justificar a nulidade da denúncia.

Consoante a orientação desta Corte, "*o plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente (independentemente da existência de fraude ou inadimplência), após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17 da Resolução Normativa ANS 195/2009)*" (AgInt no AREsp 1.179.353/RJ, Relator o Ministro Luis Felipe Salomão, DJe de 9/3/2018 - sem grifo no original). É o caso, portanto, de incidência da Súmula 83/STJ.

Reafirma-se que a rescisão ou suspensão do contrato é absolutamente possível, mesmo que imotivadamente, desde que haja notificação prévia com prazo mínimo de sessenta dias.

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

Com supedâneo no art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios devidos ao recorrido em 1% (um por cento).

Publique-se.

Brasília/DF, 21 de novembro de 2019.

MINISTRO RAUL ARAÚJO
Relator