Os desembargadores da 7ª Turma Cível do TJDFT determinaram a manutenção do plano de saúde dos autores, pelo prazo de pelo menos 12 meses, podendo ser cancelado em caso de inadimplência, desde que sejam cumpridas as formalidades legais (prévia notificação).

Os autores narraram que desde 2019 possuem plano de saúde na modalidade coletivo, administrado pela Sul América Serviços de Saúde S/A e sempre pagam as mensalidades em dia. Todavia, por diversas vezes, tiveram o serviço suspenso ou atendimento negado, sob o argumento de falta de pagamento. Ao contactarem a ré, foram informados que seus planos são vinculados ao de outras pessoas, por empresa de intermediação, e que a falta de pagamento de um suspende o plano de todos, mesmo daqueles que estão com os pagamentos em dia. Após vivenciarem vários problemas, receberam um áudio por WhatsApp informando que o contrato seria cancelado. Diante do risco de ficarem sem o plano, entraram na Justiça para que a seguradora fosse obrigada a continuar com a prestação do serviço.

A Sulamérica apresentou defesa, na qual afirmou que o cancelamento da apólice dos autores foi correto, pois são parte de um contrato coletivo e a empresa segurada não efetuou os pagamentos de janeiro e fevereiro de 2020. Argumentou que não possui vínculo direto com os autores, pois não comercializa planos individuais. A empresa UP MURGA, responsável pela contratação do plano coletivo, foi citada, mas não apresentou defesa, razão pela qual foi declarada sua revelia.

O juiz substituto da 1ª Vara Cível de Brazlândia explicou que “De acordo com a norma inscrita no artigo 13, inciso II, da Lei 9.656/98, é ilegal o cancelamento unilateral do plano de saúde coletivo por adesão, em razão de inadimplência, sem a prévia e efetiva notificação do segurado”. Como a Sul America não comprovou ter notificado a empresa e os beneficiários, o magistrado concluiu que “considerando o descumprimento do dever legal de informação quanto ao cancelamento do plano pelas rés, tendo em vista a continuidade do pagamento pelos autores e a legítima expectativa pela continuidade dos serviços aliada ao fato de os requerentes encontrarem-se em tratamento de saúde, medida que se impõe é a determinação à ré a efetivamente oferecer à parte autora o plano de saúde individual ou familiar, sem o cumprimento de novos prazos de carência e em valor compatível com o anteriormente cobrado”.

Assim, o magistrado obrigou a empresa a disponibilizar à parte autora o plano de saúde individual ou familiar, nas mesmas condições contratadas, sem necessidade de carência e em valor compatível ao anteriormente cobrado, pelo período de 12 meses. No entanto, a seguradora recorreu. Os desembargadores entenderam que parte do recurso deveria ser acatada, pois como a seguradora não comercializa planos de saúde na modalidade individual, deverá fornecer aos autores “plano de saúde coletivo nas mesmas condições pactuadas pelo período mínimo de 12 meses, podendo ser cancelado após o término do prazo, ou em caso de inadimplência, desde que cumpridas as formalidades legais”.

A decisão foi unânime.

Acesse o PJe2 e confira o processo: 0700360-18.2020.8.07.0002

Fonte: TJDFT, em 29.04.2022