

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.642.329 - RJ (2015/0235332-0)

RELATOR : **MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO**
RECORRENTE : AMICO SAÚDE LTDA
ADVOGADO : CAROLINE DEBATIN BASTOS - RJ171841
RECORRIDO : JARDIM ESCOLA SONHO DE CRIANÇA
RECORRIDO : JOAO FELIX DE LIMA
RECORRIDO : NAIR OLIVEIRA DE LIMA
RECORRIDO : ABIMAEI PEIXOTO CORTEZ
RECORRIDO : JUDITH DE LIMA CORTEZ
RECORRIDO : RONAN DE LIMA CORTEZ
RECORRIDO : RUTH FELIX SOARES
RECORRIDO : LETICIA FELIX SOARES
ADVOGADO : GUARACI FRANCISCO GONÇALVES - RJ020818
RECORRIDO : DANIEL LIMA DA SILVA DE MELO (MENOR)
RECORRIDO : ESTER HELENA LIMA DE SOUZA - POR SI E REPRESENTANDO
ADVOGADO : GUARACI FRANCISCO GONÇALVES - RJ020818

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL. (CPC/1973). PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO DO CONTRATO. MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO, NAS MESMAS CONDIÇÕES E VALORES DE MENSALIDADES. INVIABILIDADE. PRECEDENTES.

1. Segundo a orientação jurisprudencial desta Corte, o segurado que desejar manter os serviços assistenciais da antiga operadora tem o direito de migrar para plano de saúde individual ou familiar, o que implica aceitar as novas regras e valores de mensalidades inerentes à essa modalidade contratual.

2. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

DECISÃO

Vistos etc.

Trata-se de recurso especial interposto por AMICO SAÚDE LTDA, com fundamento no art. 105, III, "a" e "c", da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, proferido nos autos da ação de obrigação de fazer que lhe moveram JARDIM ESCOLA SONHO DE CRIANÇA E OUTROS.

Esta a ementa do acórdão recorrido (fls.):

AGRAVO INTERNO NA APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO C/C PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PLANO DE SAÚDE. APLICABILIDADE DAS NORMAS

Superior Tribunal de Justiça

DO CDC. RESCISÃO CONTRATUAL SEM DISPONIBILIZAÇÃO DE PLANO PARA MIGRAÇÃO. APLICAÇÃO DA SÚMULA 75 deste TJRJ, OCORREU MERO DESCUMPRIMENTO CONTRATUAL QUE NÃO ENSEJA CONDENAÇÃO EM DANOS MORAIS. Negado provimento ao recurso de agravo do art. 557, § 1º do CPC.

Opostos embargos de declaração, foram rejeitados (fls. 361/366).

Em suas razões (fls. 370/380), a recorrente alegou violação aos artigos 535, do CPC/1973, argumentando que o Tribunal fora omissos quanto à inaplicabilidade da Resolução Normativa n.º 254 da ANS, bem como acerca do valor da mensalidade do plano individual. No mérito, disseram malferido o art. 478 do Código Civil, uma vez que fora assegurado aos recorridos a migração para um plano individual pelo mesmo valor do plano coletivo extinto, desconsiderando o desequilíbrio atuarial e econômico financeiro daí decorrente, dada a significativa redução de beneficiários. Postularam o provimento.

Contrarrazões apresentadas às fls. 387/402.

Inadmitido o recurso (fls.), deu provimento ao agravo, determinando a sua conversão em recurso especial.

É o relatório.

Passo a decidir.

Inicialmente, esclareço que o juízo de admissibilidade do presente recurso será realizado com base nas normas do CPC/1973 e com as interpretações dadas, até então, pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, em conformidade com o Enunciado Administrativo n.º 2/STJ.

A irresignação recursal merece acolhida.

A controvérsia do recurso especial cinge-se a determinar se a migração do beneficiário de plano de saúde coletivo extinto para o plano individual ou familiar enseja a preservação dos valores das mensalidades antes praticadas.

Segundo vem reiteradamente decidindo esta Corte Superior de Justiça, aos planos coletivos empresariais é inaplicável a vedação à rescisão unilateral prevista no art. 13, *parágrafo único*, inciso II, da Lei 9.656/1998.

Desse modo, após o primeiro ano de vigência, os contratos de planos coletivos de

Superior Tribunal de Justiça

assistência à saúde podem ser rescindidos imotivadamente mediante prévia notificação da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias, nos termos do art. 17, *parágrafo único*, da Resolução Normativa 195/2009.

Nestas hipóteses e partindo da operadora a iniciativa de resilição, cumpre-lhe disponibilizar aos segurados a possibilidade de migração para plano de saúde na modalidade individual ou familiar, sem cumprimento de novos prazos e carências, em observância ao disposto no art. 1º, da Resolução n.º 19/1999, do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU.

Assim, o segurado que desejar manter os serviços assistenciais da antiga operadora tem o direito de migrar para plano de saúde individual ou familiar, **o que implica aceitar as novas regras e valores de mensalidades inerentes à essa modalidade contratual.**

A propósito, confira-se excerto do voto condutor do REsp n.º 1471569/RJ, Rel. **Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva**, Terceira Turma, DJe 07/03/2016, que bem elucida a conclusão a que chegou esta Corte sobre a matéria:

Por outro lado, a especificação da migração ou da portabilidade de carências para a hipótese de rescisão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial foi feita pela Resolução CONSU n.º 19/1999, que dispôs sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados, cujo teor segue transcrito:

"(...)

O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, CONSIDERANDO a importância da manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos, RESOLVE:

*Art. 1º 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.***

Superior Tribunal de Justiça

§ 1º – Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

§ 2º – Incluem-se no universo de usuários de que trata o caput todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Art. 2º Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.

Parágrafo único – O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o caput.

Art. 3º Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.

Art. 4º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos firmados durante a vigência da Lei n.º 9.656/98 que estiverem ou forem adaptados à legislação.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário". (grifou-se)

Verifica-se, desse modo, que **a RN nº 186/2009 e a RN nº 254/2011 da ANS não se aplicam aos planos coletivos empresariais, regidos pela Resolução CONSU nº 19/1999, mas incidem apenas nos planos coletivos por adesão ou nos individuais.**

Ademais, da análise das normas, depreende-se que **em momento algum foi assegurada a permanência dos mesmos valores de mensalidade praticados no plano coletivo empresarial rescindido no plano individual oferecido em substituição.**

E nem poderia, dada a formação distinta de preços dos planos coletivos empresariais e dos planos individuais, a possibilitar que os valores dos primeiros sejam inferiores aos estipulados para os segundos.

As mensalidades cobradas devem guardar relação com os respectivos riscos gerados ao grupo segurado, sob pena de prejuízos a toda a sociedade por inviabilização do mercado de saúde suplementar, porquanto, a médio e longo prazo, as operadoras entrariam em estado de insolvência.

Cabe assinalar que, mesmo nas hipóteses de adaptação e de migração de contratos antigos, ocorreram aumentos nas mensalidades, como se extrai dos seguintes dispositivos da RN nº 254/2011 da ANS:

"Art. 8º Quando a adaptação de contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo do ajuste da adaptação deve ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura.

§ 1º O cálculo do ajuste da adaptação deve constar de Nota

Superior Tribunal de Justiça

Técnica Atuarial de Adaptação, de responsabilidade da operadora, e o percentual resultante deve ser único por plano.

§ 2º O ajuste da adaptação a ser aplicado sobre a contraprestação pecuniária **vigente à época da adaptação fica limitado a 20,59%** (vinte vírgula cinquenta e nove por cento)" (grifou-se).

"Art. 18 A proposta de migração deve obedecer às regras vigentes para o preço do plano, observados os limites estabelecidos na RDC nº 28, de 2000.

Parágrafo único. Na hipótese do § 2º do artigo 16, a operadora pode oferecer condições especiais em relação ao preço e às carências para aquisição de produtos não enquadrados em tipo compatível, desde que observado o disposto no caput, **sendo vedada a cobrança de valores superiores aos praticados em condições normais de comercialização do mesmo produto**" (grifou-se).

Por seu turno, na portabilidade de carências deve-se sempre encontrar um tipo compatível para transferência, com equivalência de preços, entre outros requisitos, o que não se dá entre os planos do regime coletivo empresarial e os do regime individual ou familiar.

Logo, não há falar em manutenção do mesmo valor das mensalidades aos beneficiários que migram do plano coletivo empresarial para o plano individual, haja vista as peculiaridades de cada regime e tipo contratual (atuária e massa de beneficiários), que geram preços diferenciados. O que deve ser evitado é a onerosidade excessiva. Por isso é que o valor de mercado é empregado como referência, de forma a prevenir eventual abusividade. - grifou-se

In casu, verifica-se que o acórdão recorrido diverge deste entendimento, pois o Tribunal *a quo*, mantendo a sentença de parcial procedência dos pedidos autorais e com base na previsão dos artigos 13 a 15 da Resolução Normativa 254 da ANS, considerou que houve falha na prestação de serviço por não ter a operadora recorrente fornecido aos autores um plano de saúde individual ou familiar **com valores compatíveis aos anteriormente pagos.**

Também esse sentido:

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO. RAZÕES QUE NÃO ENFRENTAM O FUNDAMENTO DA DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. MIGRAÇÃO PARA PLANO NA MODALIDADE INDIVIDUAL. POSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO, NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL DE QUE GOZAVA QUANDO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO, DESDE QUE

ASSUMIDA A OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO INTEGRAL. PRECEDENTES.

1. As razões do agravo interno não enfrentam adequadamente o fundamento da decisão agravada.
2. Nos termos da jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça, "é assegurado ao aposentado o direito de permanecer como beneficiário de contrato de plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava antes da aposentadoria, mesmo na hipótese de cancelamento do contrato pelo ex-empregador com a operadora, desde que assuma o pagamento integral da contribuição" (AgRg no RESP 1.492.694/RS, 3ª Turma, Rel. Ministro João Otávio de Noronha, DJe 17.9.2015).
3. O direito de manutenção como beneficiário no plano de saúde abrange apenas as mesmas condições de assistência médica, podendo o valor do prêmio variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma ou, em caso de sua extinção, de acordo com o valor de mercado da modalidade contratual.
4. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt nos EDcl no AREsp 997485/RS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, julgado em 06/03/2018, DJe 12/03/2018);

SEGURO SAÚDE. PLANO DE SAÚDE COLETIVO ESTIPULADO ENTRE A SEGURADORA E PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO, EMPREGADORA DA RECORRIDA. RESILIÇÃO DO CONTRATO. POSSIBILIDADE. INVIABILIDADE DA MANUTENÇÃO DO CONTRATO, NAS MESMAS CONDIÇÕES, COM RELAÇÃO À BENEFICIÁRIA, CONSIDERADA INDIVIDUALMENTE.

1. A Lei 9.656/98 não impede a resilição dos chamados contratos coletivos de assistência médica, celebrados entre as operadoras de planos de saúde e as empresas. Na hipótese dos autos, essa afirmação é ainda mais significativa, porque o contrato coletivo do qual a recorrida era beneficiária foi firmado entre as recorrentes e o TRE/PE, pessoa jurídica de direito público interno e, portanto, submetida às normas que regem o direito administrativo.
2. Mesmo que em algumas situações o princípio da autonomia da vontade ceda lugar às disposições cogentes do CDC, não há como obrigar as operadoras de planos de saúde a manter válidas, para um único segurado, as condições e cláusulas previstas em contrato coletivo de assistência à saúde já extinto.
3. Recurso especial parcialmente conhecido e provido.

Superior Tribunal de Justiça

(REsp 1.119.370/PE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 07/12/2010, DJe de 17/12/2010, grifou-se).

Assim, assiste razão à recorrente, devendo ser reformado o acórdão recorrido.

Com a apreciação do mérito do recurso, resta prejudicada a análise de violação ao art. 535 do CPC/1973.

Ante o exposto, DOU PROVIMENTO ao recurso especial para julgar improcedentes os pedidos formulados na inicial.

Ônus sucumbenciais invertidos, observadas as regras da gratuidade de justiça.

Advirto que a apresentação de incidentes protelatórios poderá dar azo à aplicação de multa (arts. 77, II c/c 1.021, § 4º, do CPC/15).

Intimem-se.

Brasília (DF), 26 de novembro de 2018.

MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO
Relator