

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.762.230 - SP (2017/0267483-6)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A  
ADVOGADO : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI E OUTRO(S) - SP139482  
RECORRIDO : CAMILA DE ALMEIDA CAMACHO  
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

## EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. SAÚDE SUPLEMENTAR. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESOLUÇÃO NORMATIVA DA ANS. CONTROLE DE LEGALIDADE PELO STJ. MOTIVAÇÃO IDÔNEA. NECESSIDADE. TRATAMENTO DE CÂNCER. INTERRUÇÃO. BOA-FÉ. CONTROLE JUDICIAL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS. MAJORAÇÃO.

1. Ação ajuizada em 29/09/15. Recurso especial interposto em 24/11/16 e concluso ao gabinete em 06/11/17.
2. O propósito recursal é definir se é válida, em qualquer circunstância, a rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo por parte da operadora de plano de saúde.
3. A ANS estabeleceu por meio de Resolução Normativa que os contratos coletivos por adesão ou empresarial “somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias” (art. 17, parágrafo único, da RN/ANS 195/09).
4. Não se pode admitir que a rescisão do contrato de saúde – cujo objeto, frise-se, não é mera mercadoria, mas bem fundamental associado à dignidade da pessoa humana – por postura exclusiva da operadora venha a interromper tratamento de doenças e ceifar o pleno restabelecimento da saúde do beneficiário enfermo.
5. Deve ser mantida a validade da cláusula contratual que permite a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo, desde que haja motivação idônea.
6. No particular, a beneficiária estava em pleno tratamento de tumor cerebral e foi surpreendida com a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde. Considerando as informações concretamente registradas pelo acórdão recorrido, mantém-se o vínculo contratual entre as partes, pois inexistente motivação idônea para a rescisão do plano de saúde.
7. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração de honorários.

## ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira

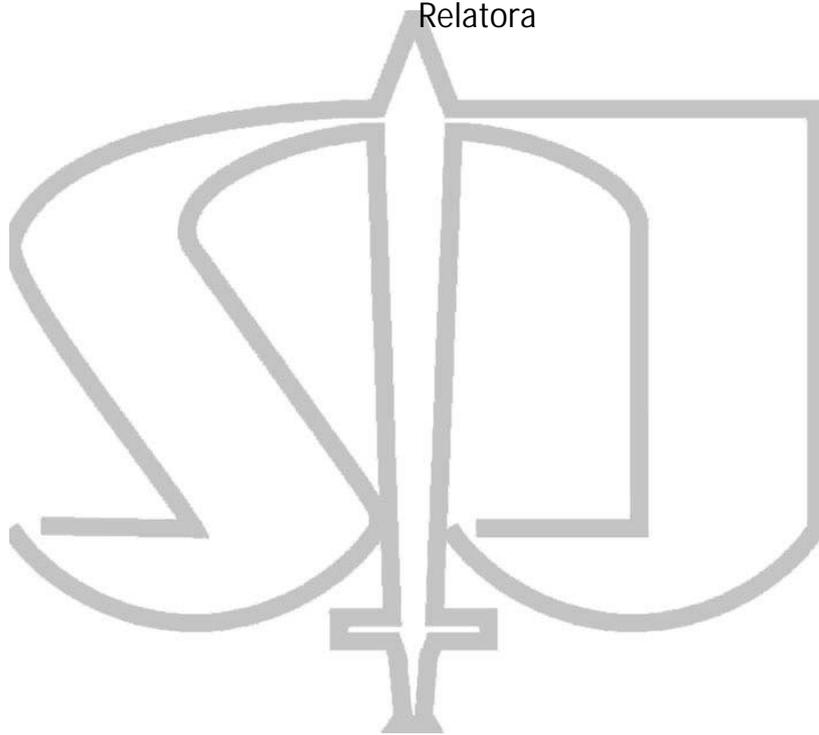
# *Superior Tribunal de Justiça*

Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, conhecer do recurso especial e negar-lhe provimento, com majoração de honorários advocatícios, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Brasília (DF), 12 de fevereiro de 2019(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI

Relatora



# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.762.230 - SP (2017/0267483-6)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A  
ADVOGADO : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI E OUTRO(S) - SP139482  
RECORRIDO : CAMILA DE ALMEIDA CAMACHO  
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

## RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

Cuida-se de recurso especial interposto por UNIMED SEGUROS SAUDE S/A, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Ação: de obrigação de fazer, ajuizada por CAMILA DE ALMEIDA CAMACHO, em face da recorrente, devido à rescisão unilateral do plano de saúde coletivo por adesão de que era beneficiária, na qual requer a manutenção do contrato.

Sentença: julgou procedente o pedido.

Acórdão: negou provimento à apelação interposta pela recorrente, nos termos da seguinte ementa:

PLANO DE SAÚDE COLETIVO - Rescisão unilateral - Procedência do pedido - Inconformismo - Desacolhimento - Aplicação do disposto no art. 252 do RITJSP - Inequivoca relação de consumo - Prestação de serviços de saúde - Aplicação do art. 6º, inc. IV, do Código de Defesa do Consumidor - Contrato coletivo empresarial - Típico contrato de adesão - Hipossuficiência reconhecida - Cláusula de rescisão unilateral imotivada considerada abusiva - Ofensa à boa-fé objetiva - Violação do art. 6º, caput, e do art. 196 da Constituição Federal - Inteligência do art. 51, incs. IV e XV, e do art. 54, § 2º, do diploma consumerista - Sentença mantida - Recurso desprovido.

Embargos de declaração: opostos pela recorrente, foram rejeitados.

# *Superior Tribunal de Justiça*

Recurso especial: alega violação dos arts. 774, 796, do CC, 51, IV, XI, do CDC, 13, da Lei 9.656/98, bem como dissídio jurisprudencial. Assevera que os planos de saúde coletivos não são recomendáveis para toda a vida do beneficiário, diferente do que ocorre com os planos individuais, com constituição de reserva individualizada. Alega que não há qualquer disposição legal que imponha uma perpetuidade unilateral do contrato, porque em momento algum se negou a possibilidade de o segurado romper o vínculo a qualquer tempo, ao passo que à operadora se impôs a compulsoriedade da renovação do vínculo contratual.

Afirma que não há abusividade de cláusula, primeiro porque não regula hipótese de cancelamento contratual, mas de não renovação ao término do prazo de vigência contratual; segundo porque a faculdade de não renovar é de ambas as partes. Por fim, sustenta que o art. 13, da Lei 9.656/98 não se aplica aos contratos coletivos por adesão.

Admissibilidade: o recurso não foi admitido pelo TJ/SP e, em seguida, interposto agravo da decisão denegatória, que foi convertido em recurso especial.

É o relatório.

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.762.230 - SP (2017/0267483-6)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A  
ADVOGADO : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI E OUTRO(S) - SP139482  
RECORRIDO : CAMILA DE ALMEIDA CAMACHO  
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

## EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. SAÚDE SUPLEMENTAR. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESOLUÇÃO NORMATIVA DA ANS. CONTROLE DE LEGALIDADE PELO STJ. MOTIVAÇÃO IDÔNEA. NECESSIDADE. TRATAMENTO DE CÂNCER. INTERRUÇÃO. BOA-FÉ. CONTROLE JUDICIAL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS. MAJORAÇÃO.

1. Ação ajuizada em 29/09/15. Recurso especial interposto em 24/11/16 e concluso ao gabinete em 06/11/17.
2. O propósito recursal é definir se é válida, em qualquer circunstância, a rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo por parte da operadora de plano de saúde.
3. A ANS estabeleceu por meio de Resolução Normativa que os contratos coletivos por adesão ou empresarial “somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias” (art. 17, parágrafo único, da RN/ANS 195/09).
4. Não se pode admitir que a rescisão do contrato de saúde – cujo objeto, frise-se, não é mera mercadoria, mas bem fundamental associado à dignidade da pessoa humana – por postura exclusiva da operadora venha a interromper tratamento de doenças e ceifar o pleno restabelecimento da saúde do beneficiário enfermo.
5. Deve ser mantida a validade da cláusula contratual que permite a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo, desde que haja motivação idônea.
6. No particular, a beneficiária estava em pleno tratamento de tumor cerebral e foi surpreendida com a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde. Considerando as informações concretamente registradas pelo acórdão recorrido, mantém-se o vínculo contratual entre as partes, pois inexistente motivação idônea para a rescisão do plano de saúde.
7. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração de honorários.

# *Superior Tribunal de Justiça*

RECURSO ESPECIAL Nº 1.762.230 - SP (2017/0267483-6)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A  
ADVOGADO : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI E OUTRO(S) - SP139482  
RECORRIDO : CAMILA DE ALMEIDA CAMACHO  
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

## VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

O propósito recursal é definir se é válida a rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo por parte da operadora de plano de saúde.

1. Da classificação dos planos privados de assistência à saúde quanto ao regime de contratação

A Lei 9.656/98 (LPS) estabeleceu que os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes diferentes: individual/familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão (art. 16, VII).

Nessa linha, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa 195/09, definiu que: i) o plano de saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar; ii) o plano coletivo empresarial é delimitado à população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e iii) o plano coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Nos contratos de plano de saúde coletivo, portanto, a relação jurídica de direito material envolve uma operadora e uma pessoa jurídica que atua em favor de uma classe (coletivo por adesão) ou em favor de seus respectivos

empregados (coletivo empresarial).

Essa relação tem condições de ser ampliada com a participação de uma administradora de benefícios, a qual “poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a operadora de plano privado de assistência à saúde e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico” (art. 4º da RN 196/09, da ANS).

Nessa linha, a Terceira Turma, no julgamento do REsp 1510697/SP, DJe 15/06/2015, decidiu que o contrato de plano de saúde coletivo caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro, em que a pessoa jurídica figura como intermediária da relação estabelecida substancialmente entre o indivíduo integrante da classe/empresa e a operadora (art. 436, parágrafo único, do Código Civil). Isso porque a estipulação do contrato de plano de saúde coletivo ocorre, naturalmente, em favor dos indivíduos que compõem a classe/empresa, verdadeiros beneficiários finais do serviço de atenção à saúde.

## 2. Da rescisão unilateral imotivada do contrato de plano de saúde coletivo

A ANS estabeleceu por meio de Resolução Normativa que os contratos coletivos por adesão ou empresarial “somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias” (art. 17, parágrafo único, da RN/ANS 195/09).

É muito importante fazer uma reflexão acerca desta autorização conferida por agência reguladora em matéria contratual na saúde suplementar.

Isso porque permitir que as operadoras realizem rescisões de forma unilateral e, principalmente, sem qualquer fundamentação, pode ser uma

forma de falsa legalidade para a realização de verdadeiras injustiças aos usuários dos planos de saúde.

Bastante elucidativo a esse propósito, avaliar o estudo desenvolvido pela ANS em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), denominado Estrutura de Concorrência no Setor de Operadoras de Planos de Saúde no Brasil.

Em aprofundada análise de dados do setor, a pesquisa revela que “as operadoras de planos de saúde têm sistematicamente escolhido competir no mercado de planos coletivos em detrimento do mercado de planos individuais” (2015, p. 82). Entre outras razões, o estudo diz que:

a diferença no grau de concentração dos mercados de planos individuais e coletivos reflete a natureza dos contratos. Os contratos individuais necessitam de uma escala maior de beneficiários devido a diversos motivos: presença de custos de transação mais elevados uma vez que o contrato é feito individualmente e não em bloco como o contrato coletivo; necessidade de uma carteira maior para garantir sustentabilidade financeira devido aos custos de transação mais elevados e perfil de beneficiários mais envelhecido. Os planos coletivos se caracterizam por beneficiários que ainda estão trabalhando sendo, portanto, uma carteira mais jovem, majoritariamente composta de indivíduos em idade ativa.

Para além da legítima livre concorrência na ordem econômica, certo é que a atuação do mercado deve observar a finalidade constitucional de assegurar a todos existência digna, com observância da defesa do consumidor.

Referida pesquisa na saúde suplementar desperta atenção ao apontar que proporcionalmente é significativa a diferença de beneficiários de plano de saúde coletivo com idade superior a 60 anos de idade, quando relacionado à

população dos planos individuais/familiares.

Esta constatação faz transparecer um caráter discriminatório ilegal contra o grupo que, invariavelmente, é mais carente de serviços de atenção à saúde, dada a fragilidade imposta pelas limitações físicas do envelhecimento, ou ainda de grupos que, em virtude da moléstia de que são acometidos, tornam-se desinteressantes economicamente para as operadoras.

Por um lado, é cediço que o art. 13, parágrafo único, da Lei 9.656/98 é expressamente voltado para as contratações sob regime individual/familiar. Porém, é de inegável relevância reconhecer existirem situações em que não se pode imaginar colocar o beneficiário em completo desamparo, numa relação contratual constituída desde o princípio para a segurança da vida e da saúde do contratante.

Vale rememorar que a Terceira Turma já se manifestou ao menos em duas ocasiões acerca da abusividade na conduta de operadoras de plano de saúde ao rescindir unilateral e imotivadamente contratos de plano de saúde, sem observar as normas próprias do sistema de saúde suplementar, em desprestígio inclusive do Código de Defesa do Consumidor.

No julgamento do REsp 1701600/SP (DJe 09/03/2018), o colegiado reconheceu a existência de contrato coletivo atípico, por ser celebrado por uma microempresa em favor de dois únicos beneficiários. Após vinte anos de vigência do plano de saúde, a operadora rescindiu de maneira unilateral e imotivada o contrato, alegando que sua conduta teria respaldo no art. 17, parágrafo único, da RN/ANS 195/09. Entretanto, no julgamento do recurso especial, a Terceira Turma admitiu a excepcional incidência do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98, como norma protetiva de cariz analógico mais adequado à solução do litígio.

# *Superior Tribunal de Justiça*

Este posicionamento reconheceu a indispensável atividade crítico-reflexiva, com base em metodologia jurídica de matriz analógica, na solução dos litígios envolvendo planos privados de assistência à saúde.

Logo em seguida, no julgamento do REsp 1553013/SP (DJe 20/03/2018), depreende-se que a Terceira Turma condicionou a rescisão unilateral de planos de saúde coletivos com grupo de até 30 beneficiários à existência de motivação idônea.

Entre as valiosas razões desse julgamento, encontra-se justificativa fundamental à manutenção dos contratos, com respeito à vulnerabilidade do consumidor, de modo a coibir que a operadora venha a majorar, de forma desarrazoada e desproporcional, o custeio do plano de saúde, e, após, rescindi-lo unilateralmente, em comportamento abusivo frente aos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários.

Diante desse contexto, percebe-se que a jurisprudência da Terceira Turma tem caminhado para o equilibrado controle normativo dos planos de saúde, coibindo condutas abusivas por parte das operadoras e estimulando a oxigenação hermenêutica da legislação federal infraconstitucional afeta à saúde suplementar, em cumprimento da missão constitucional atribuída ao STJ e sempre em prestígio à relevante atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

E o olhar para a presente hipótese não pode ser diferente.

Situações como a experienciada na hipótese concreta pela recorrida, beneficiária de contrato coletivo por adesão e recebeu diagnóstico de tumor cerebral em 24/09/2014, tendo, desde então, iniciado o tratamento da doença com exames pré-agendados.

O acórdão recorrido narra que em 19/08/2015 a beneficiária recebeu notificação da administradora de benefícios informando a respeito da rescisão do

contrato a partir de 20/09/2015 por decisão unilateral da UNIMED SEGUROS SAUDE S/A, sem qualquer fundamentação.

É muito importante notar que a paciente estava no curso de tratamento de grave moléstia e foi surpreendida pela conduta unilateral e imotivada da operadora acerca da rescisão do contrato. Não se pode admitir que a rescisão do contrato de saúde – cujo objeto, frise-se, não é mera mercadoria, mas bem fundamental associado à dignidade da pessoa humana – por postura exclusiva da operadora venha a interromper tratamento de doenças e ceifar o pleno restabelecimento da saúde do beneficiário enfermo.

Nesse sentir, ao refletir sobre o amadurecimento jurisprudencial da matéria, os dados empíricos do setor da saúde suplementar nacional e sem me descurar dos relevantes contornos da hipótese concreta, resto-me convencida de que é preciso haver um maior controle do conteúdo das rescisões unilaterais das operadoras de plano de saúde, o que passa pela avaliação concreta da motivação para não renovar o contrato.

Embora a decisão inicial desta Corte tenha sido pela exigência de motivação idônea para os contratos coletivos com grupo de até 30 beneficiários, não se pode perder de vista que há igualmente inúmeros beneficiários que estão vinculados a empresas ou entidades de classe e que, entretanto, são afetados tragicamente pela cessação da prestação do serviço de atenção à saúde.

É nesse contexto que a conduta da operadora em rescindir o contrato unilateralmente deve vir acompanhada de motivação concreta para o consumidor vulnerável ser efetivamente informado e, eventualmente, buscar socorro judicial para situação de verdadeira ilegalidade.

Na espécie, ao analisar o contexto fático-probatório dos autos, o juízo de primeiro grau de jurisdição avaliou a ilegalidade da rescisão unilateral e

imotivada do contrato e registrou que (e-STJ fl. 202):

A autora juntou farta documentação médica a respeito do tratamento a que está se submetendo (fls. 47/62), bem como de que está rigorosamente adimplente quanto as suas prestações, tendo se submetido à internação em 24/9/2014, data anterior ao ajuizamento da ação, conforme solicitação do Centro de Quimioterapia do Hospital A.C. Camargo (fls. 47), sem, contudo, haver previsão de alta médica.

Comprovado que o diagnóstico e internação ocorreram quando em vigor a cobertura contratual é o suficiente para se concluir pela manutenção do vínculo contratual e, conseqüentemente, assegurar o tratamento médico por prazo indeterminado, nas mesmas condições anteriormente contratadas, mantido o valor da mensalidade que já vinha sendo paga pela autora, ressalvada a possibilidade de reajuste.

Em igual caminho, o TJ/SP pontuou (e-STJ fls. 264-265):

Finalmente, ainda que se entenda que o art. 13 da Lei n. 9.656/1998 volta-se apenas aos planos de saúde firmados individualmente, em se tratando de contrato de adesão, não se admite a estipulação de cláusula resolutiva unilateral, como dispõe o art. 54, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor.

Dessa forma, a cláusula que prevê a rescisão unilateral imotivada em benefício da parte economicamente mais forte viola o princípio da boa-fé objetiva, pois retira a tranquilidade dos beneficiários que contam com a continuidade da assistência médico-hospitalar, colocando tais consumidores em desvantagem exagerada.

Esse entendimento veiculado de maneira uníssona pelas instâncias ordinárias deve ser integralmente mantido, pois inadmissível a rescisão unilateral imotivada que coloca em situação de desvantagem exagerada o beneficiário do plano de saúde com tratamento em curso.

Assim, em tese, deve ser mantida a validade da cláusula contratual que permite a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo por

# *Superior Tribunal de Justiça*

adesão, desde que haja motivação idônea. Na espécie, considerando as informações concretamente registradas pelo acórdão recorrido, mantém-se o vínculo contratual entre as partes, pois inexistente motivação idônea para a rescisão do plano de saúde.

Forte nessas razões, CONHEÇO e NEGO PROVIMENTO ao recurso especial, com majoração dos honorários advocatícios recursais anteriormente fixados em R\$ 1.500,00 (e-STJ fl. 203), para R\$ 3.000,00.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO  
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2017/0267483-6      **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.762.230 / SP**

Números Origem: 10290061320158260001 20160000555208 20160000768779

PAUTA: 12/02/2019

JULGADO: 12/02/2019

**Relatora**

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **OSNIR BELICE**

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

**AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : UNIMED SEGUROS SAUDE S/A  
ADVOGADO : MARCIO ALEXANDRE MALFATTI E OUTRO(S) - SP139482  
RECORRIDO : CAMILA DE ALMEIDA CAMACHO  
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

**CERTIDÃO**

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, conheceu do recurso especial e negou-lhe provimento, com majoração de honorários advocatícios, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro (Presidente) votaram com a Sra. Ministra Relatora.