



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.346.495 - RS (2012/0166595-8)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : MARLI DE JESUS RODRIGUES E OUTROS
ADVOGADOS : JOÃO PAULO KULCZYNSKI FORSTER - RS062513
PAULO EDUARDO FORSTER E OUTRO(S) - SP044332
RECORRIDO : UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOPERATIVA DE
TRABALHO MÉDICO LTDA
ADVOGADO : JULIO CESAR GOULART LANES E OUTRO(S) - RS046648

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESILIÇÃO UNILATERAL POR INICIATIVA DE ENTIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTIPULANTE. ART. 13, § 2º, DA LEI N. 9.656/1998. NÃO INCIDÊNCIA. MIGRAÇÃO DE PLANO. DIREITO À MANUTENÇÃO DO VALOR DAS MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA.

1. O art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98, que veda a resilição unilateral dos contratos de plano de saúde, não se aplica às modalidades coletivas, tendo incidência apenas nas espécies individuais ou familiares. Precedentes das Turmas da Segunda Seção do STJ.

2. Com relação às duas espécies de contratação coletiva - empresarial ou por adesão -, a Resolução Normativa n. 195, de 14.7.2009, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com base na atribuição que lhe foi conferida pelo art. 4º, II e X, da Lei n. 9.961/2000, regulamentou as características dessas espécies de contratos privados de assistência à saúde vigentes no país. Consoante o art. 17 dessa Resolução, os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresariais somente poderão ser rescindidos imotivadamente (resilição) após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

3. A par de ser possível a resilição contratual, conforme apurado pelas instâncias ordinárias, a Unimed Porto Alegre "nada mais fez do que dar consequência ao ato (de extinção do contrato anterior) praticado pela estipulante" (UFRGS), tendo sido promovida também a "notificação premonitória em prazo convencionado, inexistindo possibilidade de se cogitar de abusividade".

4. Não procede, portanto, a tese recursal de que a recorrida deveria ter mantido a vigência e a eficácia do plano de saúde coletivo primevo, visto que houve a resilição contratual promovida pela estipulante e a operadora do plano de saúde sagrou-se vencedora do novo certame licitatório, por isso a relação contratual submete-se às regras do edital, tendo base comutativa específica.

5. Recurso especial não provido.

ACÓRDÃO



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Vistos, relatados e discutidos estes autos, os Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça acordam, por unanimidade, negar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira (Presidente) e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 11 de junho de 2019(Data do Julgamento)

MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.346.495 - RS (2012/0166595-8)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : MARLI DE JESUS RODRIGUES E OUTROS
ADVOGADOS : JOÃO PAULO KULCZYNSKI FORSTER - RS062513
PAULO EDUARDO FORSTER E OUTRO(S) - SP044332
RECORRIDO : UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOPERATIVA DE
TRABALHO MÉDICO LTDA
ADVOGADO : JULIO CESAR GOULART LANES E OUTRO(S) - RS046648

RELATÓRIO

O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO (Relator):

1. Marli de Jesus Rodrigues e outras ajuizaram ação em face de Unimed Porto Alegre Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., narrando que são servidoras públicas vinculadas à Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e que, em vista de convênio firmado com a ré em 1991, possuem assistência médica suplementar (plano de saúde). No entanto, a demandada comunicou-lhes "que cancelaria o contrato" e que todos os beneficiários do plano de saúde perderiam a cobertura, caso não migrassem para um novo.

Expõem que não existe nenhum motivo para a rescisão do contrato anterior, que vigia há quase vinte anos e em que tinham obtido decisões transitadas em julgado declarando nulos de pleno direito os reajustes para os usuários mais idosos. Argumentam que a rescisão contratual viola os arts. 6º, 51 e 54 do CDC, que a cláusula prevendo a rescisão unilateral imotivada constitui ilegalidade e que qualquer cláusula restritiva de direitos deve estar redigida em destaque.

Acenam que, por se tratar de convênio firmado com a UFRGS, a Unimed nem sequer se preocupava em fornecer aos seus consumidores uma cópia do contrato, além de que a função social do contrato e o art. 16, § 1º, II, da Lei n. 9.656/1998 vedam a rescisão unilateral, que lhes causou danos morais. Dizem que a operação resulta em lesão a enorme grupo de consumidores, posto que se submeteram a prestações contratuais com valores muito maiores que os outrora praticados, com limitação de escolha de médicos conveniados.

O Juízo da 8ª Vara Cível do Foro Central da Comarca de Porto Alegre, julgou improcedente o pedido formulado na inicial.

Interpuseram as autoras apelação, e a ré, recurso adesivo, para o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, que acolheu apenas este.

A decisão tem a seguinte ementa:

APELAÇÃO CÍVEL/RECURSO ADESIVO. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO CONTRATUAL. NOVA CONTRATAÇÃO ATRAVÉS DE LICITAÇÃO. UFRGS.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

IMPOSSIBILIDADE DE MANUTENÇÃO DO PLANO ORIGINARIAMENTE CONTRATADO. IMPROCEDÊNCIA MANTIDA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS MAJORADOS.

A Universidade Federal do Estado do Rio Grande do Sul - UFRGS é parte ilegítima para figurar no pólo passivo da presente demanda, uma vez que agiu apenas como estipulante do contrato de plano de saúde objeto da presente lide, servindo apenas como intermediadora do contrato de plano de saúde.

A rescisão do contrato supracitado se deu pela necessidade de realização de certame licitatório, ato vinculado da administração pública.

Assim, a Unimed apenas obedeceu à determinação emanada pela UFRGS, não possuindo qualquer ingerência na rescisão contratual. Honorários advocatícios majorados.

PRELIMINAR REJEITADA. APELO DESPROVIDO. RECURSO ADESIVO PROVIDO.

Sobreveio recurso especial das autoras, com fundamento no art. 105, inciso III, alíneas a e c, da Constituição Federal, sustentando divergência jurisprudencial e violação aos arts. 6º, 47, 51 e 54 do CDC; 167 e 421 do CC; e 13 da Lei n. 9.656/1998.

Alegam as recorrentes que, com a migração, tiveram de suportar aumentos de mais de 200% e que, em vista da idade avançada, não tinham como dispensar plano de saúde.

Ponderam que, no plano anterior, já haviam obtido decisões transitadas em julgado declarando nulo o aumento de 100% quando completaram 60 anos de idade e que, apesar de a Corte local ter entendido que a responsabilidade pela extinção do plano foi da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, os consumidores não podem ser prejudicados, pagando preços mais altos.

Consideram que a recorrida deveria, por questão de equitatividade e justiça, ter mantido a vigência do contrato antigo para quem já era usuário do plano, só sendo possível mudança do desenho contratual para as novas contratações.

Obtemperam que não estão sendo devidamente protegidas das cláusulas abusivas impostas pela recorrida e que as cláusulas pactuadas para migração para o novo plano de saúde são nulas de pleno direito, por imporem prestação desproporcional ou excessivamente onerosa.

Sustentam que a cláusula que prevê a rescisão unilateral é ilegal, pois, muito embora admitida, deve atender ao anseio e desejo do consumidor, devendo ser redigida com destaque, por caracterizar limitação de direito.

Expõem que o contrato se submete à função social e que a recorrida está impedindo a permanência dos usuários no plano de saúde, afirmando que o art. 13 da Lei n.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

9.656/1998 estabelece que, após decorrido o prazo de um ano, o contrato será renovado automaticamente.

Dei provimento ao AREsp n. 215.781/RS para determinar sua conversão no presente recurso especial.

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.346.495 - RS (2012/0166595-8)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : MARLI DE JESUS RODRIGUES E OUTROS
ADVOGADOS : JOÃO PAULO KULCZYNSKI FORSTER - RS062513
PAULO EDUARDO FORSTER E OUTRO(S) - SP044332
RECORRIDO : UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOPERATIVA DE
TRABALHO MÉDICO LTDA
ADVOGADO : JULIO CESAR GOULART LANES E OUTRO(S) - RS046648

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESILIÇÃO UNILATERAL POR INICIATIVA DE ENTIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTIPULANTE. ART. 13, § 2º, DA LEI N. 9.656/1998. NÃO INCIDÊNCIA. MIGRAÇÃO DE PLANO. DIREITO À MANUTENÇÃO DO VALOR DAS MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA.

1. O art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98, que veda a resilição unilateral dos contratos de plano de saúde, não se aplica às modalidades coletivas, tendo incidência apenas nas espécies individuais ou familiares. Precedentes das Turmas da Segunda Seção do STJ.

2. Com relação às duas espécies de contratação coletiva - empresarial ou por adesão -, a Resolução Normativa n. 195, de 14.7.2009, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com base na atribuição que lhe foi conferida pelo art. 4º, II e X, da Lei n. 9.961/2000, regulamentou as características dessas espécies de contratos privados de assistência à saúde vigentes no país. Consoante o art. 17 dessa Resolução, os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresariais somente poderão ser rescindidos imotivadamente (resilição) após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

3. A par de ser possível a resilição contratual, conforme apurado pelas instâncias ordinárias, a Unimed Porto Alegre "nada mais fez do que dar consequência ao ato (de extinção do contrato anterior) praticado pela estipulante" (UFRGS), tendo sido promovida também a "notificação premonitória em prazo convencionado, inexistindo possibilidade de se cogitar de abusividade".

4. Não procede, portanto, a tese recursal de que a recorrida deveria ter mantido a vigência e a eficácia do plano de saúde coletivo primevo, visto que houve a resilição contratual promovida pela estipulante e a operadora do plano de saúde sagrou-se vencedora do novo certame licitatório, por isso a relação contratual submete-se às regras do edital, tendo base comutativa específica.

5. Recurso especial não provido.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

VOTO

O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO (Relator):

2. A primeira questão controvertida consiste em saber, havendo rescisão unilateral do plano de saúde coletivo por iniciativa de entidade da Administração Pública estipulante, com contratação de um novo plano com a mesma operadora, se assiste direito aos usuários à manutenção das mesmas cláusulas e dos benefícios anteriores.

Para melhor compreensão da controvérsia, cumpre observar o que o acórdão recorrido dispôs:

A relação havida entre os litigantes é de consumo, devendo ser regida pelas normas e regras do CDC.

Pretendem as demandantes a continuidade do plano de saúde originariamente contratado. Ocorre que, compulsando os autos, verifica-se que a rescisão do contrato supracitado se deu pela necessidade de realização de certame licitatório, ato vinculado da administração pública.

Assim, a Unimed apenas obedeceu à determinação emanada pela UFRGS, não possuindo qualquer ingerência na rescisão contratual.

A fim de evitar tautologia, **adoto a fundamentação da sentença**, pois em total consonância com o entendimento deste julgador para o deslinde do feito. A seguir:

“[...] Não há dúvida de que as requerentes são beneficiárias de contrato de seguro-saúde envolvendo a ré e a UFRGS, esta figurando como estipulante e tendo reconhecidamente desfeito o contrato com a ré, até por exigências administrativas e de órgãos e normas do Poder Executivo a impor a necessidade de *licitação*, vendo-se portanto que a própria estipulante não encerrou o contrato por vontade própria mas porque foi obrigada a tal, ocorrendo ainda que as beneficiárias se sujeitam às ações da estipulante, consoante norma de direito material relativa a estipulação em favor de terceiros, não havendo portanto o que reprimir na conduta da ré, que nada mais fez do que dar consequência ao ato (de extinção do contrato anterior) praticado pela estipulante, não sendo a ré obrigada a manter em favor das beneficiárias um contrato extinto por solicitação da própria estipulante, nem sendo admissível que as beneficiárias pretendam compelir a ré a tal manutenção.

Não há nulidade na cláusula impugnada, nem abusividade, sendo aliás da natureza dos contratos sem prazo a possibilidade de denúncia unilateral, mediante notificação premonitória em prazo convencionado, inexistindo possibilidade de se cogitar de abusividade sequer se a faculdade é prevista em favor de ambas as partes.

O precedente mencionado às fls. 323/328 tem inteira pertinência visto cuidar de caso similar em que a 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

deu provimento a Agravo de Instrumento interposto pela ré para revogar tutela antecipada com a seguinte fundamentação, perfeitamente aplicável ao caso ora examinado:

"As informações trazidas na petição de agravo, devidamente comprovadas pelos documentos que lhe acompanham, afastam a verossimilhança das alegações dos agravados, **pois demonstram que não houve migração de um plano para outro, mas sim, rescisão de um contrato de assistência à saúde e posterior contratação de plano diverso, por meio de pregão eletrônico, em virtude de questões internas da Universidade conveniada.**

Conforme consta no documento de fls.72-74, oriundo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a prestação de assistência suplementar aos seus servidores é feita através de contratação de prestadoras de serviço de saúde, sendo que, em 1991, foi firmado contrato com a ora agravante que findou em 31/07/2010, após sucessivas renovações.

No citado documento, a Universidade esclareceu que em virtude da Portaria Normativa nº 01 da Secretaria de Recursos Humanos do MPOG, que estabeleceu novas orientações a respeito da assistência à saúde dos servidores, precisou realizar pregão eletrônico para a contratação de novo plano de saúde. Salientou tratar-se de mera coincidência o fato de a mesma operadora do plano antigo, sagrar-se vencedora no pregão.

Desta forma, constato que o contrato que previa os direitos postulados na inicial já não mais existe, e que o novo pacto possui disposições diversas do anteriormente contratado. Assim, não sendo anulada a rescisão do contrato entre a UFRGS e a agravante, na esfera de competência própria (Justiça Federal), inexistente base contratual e pressupostos para que os autores postulem que a Unimed mantenha os efeitos de contrato que não está mais em vigor." (fls. 327/328).

2.1. Estou concluindo, portanto, pela improcedência da ação, o que implica necessariamente em revogação da liminar/tutela antecipada, ainda que deferida em segundo grau – ficando esclarecido, porém, que em face do artigo 520 do CPC e do momento em que ocorre tal revogação os efeitos da referida tutela deverão subsistir até o trânsito em julgado."

Inviável, pois, a continuidade da contratação anterior, postulada pelos demandantes, tendo em vista que o contrato já não subsiste, não tendo a ré qualquer ingerência.

3. Quanto ao ponto, leciona Pontes de Miranda que o "direito subjetivo é o que fica do *lado ativo*, quando a regra jurídica incide [...]. Não é possível conceber-se o direito subjetivo, quer histórica quer logicamente, *sem o direito objetivo*, de modo que, incidindo a regra jurídica, ele seja o que 'resulta' do lado positivo da incidência". Não há direito subjetivo sem regra jurídica "que incida sobre suporte fático tido por ela mesma como suficiente". "Portanto, é erro dizer-se que os direitos subjetivos existiram antes do direito objetivo; e ainda o é afirmar-se que foram simultâneos" (MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. *Tratado de direito privado*. Tomo 5. Campinas: Bookseller, 2000, p. 269-271).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Portanto, resguardado o núcleo essencial do direito fundamental no tocante à saúde suplementar, são, sobretudo, a Lei n. 9.656/1988 e os atos regulamentares infralegais da ANS e do Conselho de Saúde Suplementar expressamente prestigiados por disposições legais infraconstitucionais que, representando inequivocamente forte intervenção estatal na relação contratual de direito privado (planos e seguros de saúde), conferem densidade normativa ao direito constitucional à saúde.

Cabe menção também ao art. 35-G da Lei n. 9.656/1988, incluído pela MP n. 2.177-44/2001, que estabelece que as disposições do CDC se aplicam subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

Constata-se, outrossim, que a segurança das relações jurídicas depende da lealdade, da equivalência das prestações e contraprestações, da confiança recíproca, da efetividade dos negócios jurídicos, da coerência e clarividência dos direitos e deveres (RIZZARDO, Arnaldo. *Contratos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004, p. 32).

Nessa toada, anota a doutrina especializada que a viabilização da atividade de assistência à saúde envolve custos elevados que terão de ser suportados pelos próprios consumidores, além de que "cabe ao Poder Judiciário um papel fundamental, o de promover uma interpretação justa e equilibrada da legislação pertinente à matéria", sopesando "os interesses envolvidos sem sentimentalismos e ideias preconcebidas", "contando com o apoio técnico de profissionais qualificados" (FERREIRA, Cláudia Galiberne. PEREIRA, Hélio do Valle; ENZWEILER, Romano José (coords). *Curso de direito médico*. São Paulo: Conceito Editorial, 2011, p. 214-215).

Em vista disso, eventuais decisões administrativas ou judiciais à margem da lei "escapam das previsões pretéritas" e têm o condão de agravar "a delicada situação financeira de inúmeras operadoras de planos de saúde, seguida de intervenções, liquidações ou aquisições de carteiras de clientes", ferindo, em última análise, "a própria confiança e expectativa dos consumidores, razão maior da contratação" do plano ou seguro de saúde. "O problema deixa de ser da operadora e passa a atingir toda a sociedade" (LOUREIRO, Francisco Eduardo; SILVA, Regina Beatriz Tavares da (org.). *Responsabilidade civil: responsabilidade civil na área da saúde*. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 338).

A forte intervenção estatal na relação contratual e a expressa disposição do art. 197 da CF deixam límpido que o serviço é de relevância pública, extraíndo-se da leitura do art. 22, § 1º, da Lei n. 9.656/1998 a inequívoca preocupação do legislador com o equilíbrio financeiro-atuarial dos planos e seguros de saúde, que devem estar assentados em planos de custeio elaborados por profissionais, segundo diretrizes definidas pelo Conselho de Saúde Suplementar - Consu.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

4. Dessa forma, penso que não procede a tese recursal acerca de que, em se tratando de plano de saúde coletivo, o art. 13, parágrafo 2º, da Lei n. 9.656/1998 estabelece que, após decorrido o prazo de um ano, o contrato será renovado automaticamente.

De acordo com precedente deste Colegiado, o art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98, que veda a rescisão unilateral dos contratos de plano de saúde, não se aplica às modalidades coletivas, tendo incidência apenas nas espécies individuais ou familiares. Precedentes das Turmas da Segunda Seção do STJ (REsp n. 1.776.047/SP, Rel. Min. MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 23/4/2019, DJe 25/4/2019).

Dessarte, como bem alinhavado pela eminente Ministra Maria Isabel Gallotti, por ocasião do julgamento desse recurso, a Lei n. 9.656/1998 distinguiu três espécies de regime ou tipo de contratação de plano ou seguro de assistência à saúde: individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão (art. 16, VII, alíneas *a*, *b* e *c*, com a redação da Medida Provisória n. 2.177-41, de 2001). Por meio da Resolução Normativa n. 195, de 14.7.2009, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com base na atribuição que lhe foi conferida pelo art. 4º, II e X, da Lei 9.961/2000, regulamentou as características dessas espécies de contratos privados de assistência à saúde vigentes no país.

Com efeito, o plano coletivo empresarial tem por finalidade oferecer assistência à saúde ao conjunto de indivíduos ligados a determinada pessoa jurídica por vínculo empregatício ou estatutário, podendo a cobertura abranger sócios, administradores, funcionários demitidos, aposentados, agentes políticos, trabalhadores temporários e estagiários, bem como os seus respectivos familiares (art. 5º). O plano coletivo por adesão oferece cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, cooperativas e entidades estudantis (art. 9º).

Em relação às duas espécies de contratação coletiva - empresarial ou por adesão -, o art. 16 da Resolução n. 195/2009 estabelece que não serão permitidas outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante. O art. 17 orienta que os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresariais somente poderão ser rescindidos imotivadamente (rescisão) após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Ademais, o art. 35-A da Lei n. 9.656/98, que criou o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU (cujas atividades foram retomadas em agosto de 2018), confere, nos incisos I e II, competência a esse órgão para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, bem como inspecionar e



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

acompanhar as ações de funcionamento da ANS.

É bem de ver, ainda, que a vigente Resolução CONSU n. 19, de 25 de março de 1999, estabelece, no art. 1º, *caput*, que 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.

Assim, por um lado, como é cediço, os planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de contratação: (a) individual ou familiar, (b) coletivo empresarial e (c) coletivo por adesão (arts. 16, VII, da Lei nº 9.656/1998 e 3º, 5º e 9º da RN nº 195/2009 da ANS), havendo diferenças entre eles na atuária e na formação de preços dos serviços da saúde suplementar.

Não há falar - com mais razão no caso em apreço, em que se cuida de contrato administrativo firmado por entidade da Administração Pública - em manutenção do mesmo valor das mensalidades dos beneficiários que, por exemplo, migrassem 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.

Essa a posição da egrégia Terceira Turma desta Casa:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. DENÚNCIA DO CONTRATO PELA OPERADORA. RESCISÃO UNILATERAL. LEGALIDADE. MIGRAÇÃO DE USUÁRIO PARA PLANO INDIVIDUAL. MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS. PREÇO DAS MENSALIDADES. ADAPTAÇÃO AOS VALORES DE MERCADO. REGIME E TIPO CONTRATUAIS DIVERSOS. RELEVÂNCIA DA ATUÁRIA E DA MASSA DE BENEFICIÁRIOS.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a migração do beneficiário do plano coletivo empresarial extinto para o plano individual ou familiar enseja não somente a portabilidade de carências e a compatibilidade de cobertura assistencial, mas também a preservação dos valores das mensalidades então praticados.

2. Os planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de contratação: (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão (arts. 16, VII, da Lei nº 9.656/1998 e 3º, 5º e 9º da RN nº 195/2009 da ANS), havendo diferenças, entre eles, na atuária e na formação de preços dos serviços da saúde suplementar.

3. No plano coletivo empresarial, a empresa ou o órgão público tem condições de apurar, na fase pré-contratual, qual é a massa de usuários que será coberta, pois dispõe de dados dos empregados ou servidores, como a idade e a condição médica do grupo. Diante disso, considerando-se a atuária mais precisa, pode ser oferecida uma mensalidade inferior àquela praticada aos planos individuais.

4. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos podem ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (art. 17, parágrafo único, da RN nº 195/2009 da ANS). A vedação de suspensão e de rescisão unilateral prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 aplica-se somente aos contratos individuais ou familiares.

5. A migração ou a portabilidade de carências na hipótese de rescisão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial foi regulamentada pela Resolução CONSU nº 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. A RN nº 186/2009 e a RN nº 254/2011 da ANS incidem apenas nos planos coletivos por adesão ou nos individuais.

6. 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 abusividade, tomando-se como referência o valor de mercado da modalidade contratual.

7. Nos casos de denúncia unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, é recomendável ao empregador promover a pactuação de nova avença com outra operadora, evitando, assim, prejuízos aos seus empregados, pois não precisarão se socorrer da migração a planos individuais, de custos mais elevados.

8. Recurso especial provido.

(REsp 1471569/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/03/2016, DJe 07/03/2016)

Por outro lado, conforme apurado pelas instâncias ordinárias, a par de a hipótese de rescisão contratual ter previsão contratual expressa, a recorrida "nada mais fez do que dar consequência ao ato [de extinção do contrato anterior] praticado pela estipulante", tendo sido promovida também a "notificação premonitória em prazo convencionado, inexistindo possibilidade de se cogitar de abusividade".

É dizer: não procede a tese, suscitada desde a exordial, no sentido de que a recorrida deveria ter mantido a vigência e a eficácia do plano de saúde coletivo antigo, visto que, conforme também apurado, a ré sagrou-se vencedora do novo certame licitatório, por isso submete-se às regras do edital e às normas específicas de direito administrativo, tendo, pois, base comutativa específica.

Apreciando questão bastante assemelhada, a envolver também entidade da Administração Pública como estipulante, a Terceira Turma, por ocasião do julgamento do REsp n. 1.119.370/PE, Relatora Ministra Nancy Andrighi, sufragou o entendimento de que a Lei n. 9.656/98 não impede a rescisão dos contratos coletivos de saúde suplementar celebrados entre as operadoras de planos de saúde e as empresas.

O precedente tem a seguinte ementa:



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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.

(REsp 1119370/PE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 07/12/2010, DJe 17/12/2010)

No mencionado precedente, Sua Excelência dispôs:

Ainda que o reexame do tema nesta sede fosse admitido, a legitimidade passiva da recorrente SUL AMÉRICA é evidente. Se a pretensão da recorrida for acolhida (sua manutenção como associada da recorrente, nas mesmas condições oferecidas pelo contrato coletivo), surgirá uma relação jurídica de consumo entre ela e a SUL AMÉRICA, que receberá diretamente da recorrida o valor equivalente às prestações mensais devidas em razão da prestação de serviços de assistência à saúde.

[...]

A pretensão da recorrida pode ser sintetizada na manutenção das condições previstas no plano de saúde coletivo firmado entre as recorrentes e seu empregador, o TRE/PE, a fim de que seja autorizado o tratamento de câncer de cólon que realiza junto a clínica oncológica credenciada pelas recorrentes. Esse contrato foi rescindido “em virtude da perda do processo licitatório promovido pelo TRE/PE” (acórdão recorrido - fl. 747, 4º vol.).

[...]

Com exceção do tema relativo à extinção do vínculo contratual existente entre o TRE/PE e as recorrentes, os temas acima enumerados serão debatidos no presente julgamento e foram abordados por ambas as recorrentes.

[...]

A questão trazida nos recursos especiais, neste aspecto, é relevante. O TJ/PE, de fato, consignou que a resilição contratual se deu em virtude da “perda do processo licitatório promovido pelo TRE”, e logo após, que “o fato superveniente da rescisão do contrato de saúde ao qual a apelada estava vinculada, não lhe alcança, na medida em que, como dito, não teve ela oportunidade/direito de discutir qualquer cláusula resolutória porventura inserida no mencionado negócio jurídico, e, também, pela sua condição de inferioridade – hipossuficiência - no momento da contratação” (fl. 747 – 4º



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

vol.).

Inicialmente, ressalto que a Lei 9.656/98 não impede a rescisão dos chamados “contratos coletivos”, ou seja, dos pactos de prestação 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 – ente público submetido às normas que regem o direito administrativo.

Assim, o contrato celebrado entre as recorrentes e o TRE/PE teria sido extinto de qualquer maneira com o advento do termo final, ou seja, com o decurso do prazo fixado originalmente no instrumento contratual. A existência de prazo determinado (ainda que prorrogável em algumas hipóteses) é cláusula obrigatória a todo contrato administrativo, nos termos do art. 55, IV, da Lei 8.666/93. Não há notícia nos autos dos motivos que levaram à denúncia do contrato pelo TRE/PE. O órgão público estipulante, provavelmente por razões de interesse público, inclusive já celebrou com operadora diversa novo contrato coletivo.

[...]

As recorrentes, evidentemente, insurgem-se contra essa pretensão, pois “o valor do prêmio é infinitamente inferior ao devido para seguro individual, e por si só não dá à Recorrida o direito a manutenção de vínculo contratual, conforme fundamento do acórdão” (fl. 827 – 4º vol.).

É certo que a extinção do contrato, quer por resolução, quer por rescisão, pode violar a cláusula geral da função social e constituir abuso de direito. É igualmente compreensível, contudo, que razões de ordem atuarial tornem extremamente desvantajosa para as recorrentes a manutenção da recorrida em condições menos onerosas para ela, especialmente diante da rescisão do contrato coletivo, que era subsidiado pelo TRE/PE. Aceitar a continuidade da vinculação da recorrida a seguro saúde coletivo que nem mesmo existe mais, mediante o recolhimento de verba simbólica, é providência que visivelmente impede a preservação do necessário equilíbrio contratual.

Assim, ainda que em algumas situações o princípio da autonomia da vontade ceda lugar às disposições cogentes do CDC, não há como obrigar as recorrentes a manter um vínculo contratual que satisfaça somente os interesses da recorrida. Por mais legítima que seja a pretensão da consumidora, que busca defender seu direito fundamental à saúde, não é possível afirmar que há “direito adquirido” dela à manutenção das condições previstas em contrato de seguro-saúde em grupo extinto por iniciativa do estipulante, seu empregador. A perspectiva seria completamente diferente se a recorrida estivesse pleiteando a contratação individual com o pagamento integral do prêmio e a liberação da carência.

Impor às recorrentes a preservação da recorrida como segurada, em condições que lhes são muito mais onerosas do que as previstas no contrato coletivo originalmente celebrado e que era parcialmente subsidiado pelo TRE/PE, atenta ainda contra a teoria da base objetiva do negócio (*Lehre von der objektiven Geschäftsgrundlagen*), estruturada pela doutrina alemã. Segundo essa concepção, as obrigações recíprocas dos contratantes são fixadas sob determinada realidade fática, que assegura a equivalência e a finalidade do contrato. Se essas circunstâncias forem substancialmente modificadas, é permitida a revisão, rescisão ou rescisão do contrato (§ 313 do BGB - código civil alemão). A teoria da base objetiva



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

do negócio diferencia-se da teoria da imprevisão, porque na teoria da base do negócio não há o advento de vantagem exagerada em prol de uma das partes do contrato (HARKE, Jan Dirk. *Allgemeines Schuldrecht*. Heidelberg: Springer Verlag, 2010, p. 93 e ss).

5. No caso vertente, conforme apurado pelas instâncias ordinárias, a resilição contratual deu-se por iniciativa unilateral da estipulante UFRGS, sendo ainda consignada a existência de fato do príncipe (cumprimento de determinação do Ministério do Planejamento e observância ao regramento administrativo aplicável, a impor licitação).

De fato, não se cogita de violação ao art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98, tampouco de descumprimento dos dispositivos do CDC tidos por violados, que, à luz do art. 35-G do mencionado Diploma legal especial, têm aplicação subsidiária à presente relação contratual.

Em suma, é possível a resilição unilateral do contrato coletivo de plano de saúde imotivadamente, após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte (60 dias), uma vez que a norma inserta no art. 13, II, *b*, parágrafo único, da Lei n. 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares (AgInt no AREsp n. 1.417.015/SP, Rel. Min. NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/5/2019, DJe 22/5/2019).

6. Diante do exposto, nego provimento ao recurso especial.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2012/0166595-8

PROCESSO ELETRÔNICO Resp 1.346.495 / RS

Números Origem: 11002758484 27584816720108210001 70044545861 70045834082 70047777388

EM MESA

JULGADO: 11/06/2019

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. ELIANE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA RECENA

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : MARLI DE JESUS RODRIGUES E OUTROS
ADVOGADOS : JOÃO PAULO KULCZYNSKI FORSTER - RS062513
PAULO EDUARDO FORSTER E OUTRO(S) - SP044332
RECORRIDO : UNIMED PORTO ALEGRE SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO LTDA
ADVOGADO : JULIO CESAR GOULART LANES E OUTRO(S) - RS046648

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

CERTIDÃO

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

A Quarta Turma, por unanimidade, negou provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira (Presidente) e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.