

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.986.398 - MT (2022/0041077-7)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : FERNANDO AUGUSTO VIEIRA DE FIGUEIREDO - MT007627A
ANA PAULA SIGARINI GARCIA - MT010133
VITOR HUGO FORNAGIERI - MT015661
LARISSA MICAEL BRANDAO - MT026018
RECORRIDO : ILONI SCHMIDT PEREIRA
ADVOGADO : FABIANA NOGUEIRA PEREIRA - MT017982

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. SÚM. 284/STF. FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO. SÚM. 283/STF. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 211/STJ. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. PEDIDO DE EXCLUSÃO DA DEPENDENTE IDOSA APÓS DIVORCIAR-SE DO TITULAR. ASSUNÇÃO DA TITULARIDADE DO CONTRATO. POSSIBILIDADE.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 08/04/2019, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 27/10/2021 e concluso ao gabinete em 23/03/2022.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a revelia e sobre a possibilidade de a beneficiária idosa, que perdeu a condição de dependente após divorciar-se do titular, assumir a titularidade do plano de saúde coletivo por adesão.

3. É inviável o recurso especial em que não se aponta violação de qualquer dispositivo infraconstitucional (súm. 284/STF).

4. A existência de fundamento não impugnado – quando suficiente para a manutenção das conclusões do acórdão recorrido – impede a apreciação do recurso especial (súm. 283/STF).

5. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial (súm. 211/STJ).

6. À luz do disposto no art. 16 da Lei 9.656/1998, nos termos da regulamentação dada pela Resolução ANS 195/2009, diferentemente dos planos privados de assistência à saúde individual ou familiar, que são de “livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar” (art. 3º), os planos de saúde coletivos são prestados à população delimitada, vinculada à pessoa jurídica, seja esse vínculo “por relação empregatícia ou estatutária” (art. 5º), como nos contratos empresariais, seja por relação “de caráter profissional, classista ou setorial” (art. 9º), como nos contratos por adesão.

7. O art. 18, parágrafo único, II, da Resolução Normativa 195/2009 da ANS, estabelece que a perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica

Superior Tribunal de Justiça

contratante, ou da condição de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, e ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, autoriza a suspensão da assistência ou a exclusão do beneficiário diretamente pela operadora, nos contratos de plano de saúde coletivo. Afastada a incidência da súmula normativa 13/ANS.

8. Em se tratando de dependente idoso, a interpretação das normas de regência há de ser feita sob as luzes do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) e sempre considerando a sua peculiar situação de consumidor hipervulnerável, evidenciada em diversas passagens na Lei 9.656/1998, nas quais é expressa a preocupação do legislador com a necessidade de preservação do contrato de assistência à saúde.

9. O beneficiário idoso, que perde a condição de dependente por ter sido excluído a pedido do titular, depois de mais de 10 anos de contribuição, tem o direito de assumir a titularidade do plano de saúde coletivo por adesão, desde que arque com o respectivo custeio. Precedentes.

10. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, desprovido, com majoração de honorários.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, conhecer em parte do recurso especial e, nessa extensão, negar-lhe provimento, com majoração de honorários, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.

Brasília (DF), 14 de junho de 2022(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.986.398 - MT (2022/0041077-7)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : FERNANDO AUGUSTO VIEIRA DE FIGUEIREDO - MT007627A

ANA PAULA SIGARINI GARCIA - MT010133

VITOR HUGO FORNAGIERI - MT015661

LARISSA MICAELE BRANDAO - MT026018

RECORRIDO : ILONI SCHMIDT PEREIRA

ADVOGADO : FABIANA NOGUEIRA PEREIRA - MT017982

RELATÓRIO

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

Cuida-se de recurso especial interposto por UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, fundado na alínea “a” do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/MT.

Ação: de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral, ajuizada por ILONI SCHMIDT PEREIRA em face de UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pretendendo a manutenção do contrato de plano de saúde coletivo por adesão após ter se divorciado do titular, do qual era dependente.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos para que a UNIMED “se abstenha de excluir o contrato de plano de saúde da requerente, alterando a titularidade do mesmo para esta, que assumirá total responsabilidade das mensalidades e demais cláusulas estipuladas no contrato”.

Acórdão: o TJ/MT, à unanimidade, negou provimento à apelação interposta pela UNIMED, nos termos da seguinte ementa:

APELAÇÃO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PLANO DE SAÚDE – PERDA DE VÍNCULO COM O CÔNJUGE/TITULAR – EXCLUSÃO DE DEPENDENTE IDOSA – DIREITO DE MANUTENÇÃO – TRANSFERÊNCIA DE TITULARIDADE –

Superior Tribunal de Justiça

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – APLICAÇÃO ANALÓGICA DO ART. 3º, § 1º da RN195/2009 da ANS – POSSIBILIDADE – RECURSO NÃO PROVIDO.

Conforme precedentes do STJ, é possível a transferência de titularidade do plano de saúde aos dependentes idosos, ainda que o plano seja coletivo por adesão (AgInt no REsp: 1780206 DF).

A exclusão da dependente idosa, obrigando-a a contratar novo plano de saúde, afronta o princípio da boa-fé contratual.

“Necessidade de se assegurar ao dependente idoso o direito de assumir a titularidade do plano de saúde, em respeito aos princípios da confiança e da dignidade da pessoa humana.” (AgInt no REsp: 1780206 DF)

Embargos de declaração: opostos pela UNIMED, foram acolhidos, à unanimidade, sem efeitos infringentes, apenas para integrar o acórdão embargado, com o acréscimo de que, “ausente o comprovante de pagamento da referida taxa, condição indispensável para o prosseguimento da petição, é correta a decisão que decretou a revelia da parte ré” (fl. 368, e-STJ).

Recurso especial: aponta violação dos arts. 421 e 422 do CC/2002 e dos arts. 16, VII, 30 e 35 da Lei 9.656/1998.

Alega que “os contratos coletivos por adesão são destinados à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como no caso em tela, com o Sindicato dos Odontologistas do Estado de Mato Grosso, sendo imprescindível a existência de vínculo associativo do beneficiário titular com a Pessoa Jurídica contratante” (fl. 387, e-STJ).

Sustenta que “com o pedido de cancelamento do plano de saúde pelo titular do plano, extingue-se também o direito de manutenção dos seus dependentes”; que, “em consonância com a legislação de regência, o contrato de prestação de serviços de saúde sub judice, é expresso ao determinar que apenas os filiados à contratante serão aceitos como titular, conforme se depreende da Cláusula II”; e que “é vedada a transferência da titularidade do plano para

terceiros, posto que o contrato de prestação de serviços médicos é personalíssimo” (fls. 390-392, e-STJ).

Argumenta que, “diante da vedação legal da transferência da titularidade e considerando que a recorrida não detém qualquer vínculo com a entidade contratante, não é possível a manutenção desta no contrato coletivo ao qual seu ex-marido tinha aderido” (fl. 392, e-STJ).

Defende a aplicação subsidiária do CDC, asseverando que “existe legislação específica a ser aplicada ao caso concreto, devendo ser observadas as particularidades inerentes à saúde suplementar” (fl. 395, e-STJ). Acrescenta que “procedeu em conformidade com a expressa previsão contida na indigitada cláusula contratual que, data vênua, até então era considerada perfeitamente legal, além de não ofender o ordenamento jurídico pátrio, nem mesmo o CDC, pois observa a regra prevista no artigo 54, § 4º” (fl. 396, e-STJ).

Afirma que “o contrato de plano de saúde possui natureza bilateral, em relação a transferência do risco entre as partes contratantes, possuindo força normativa entre as partes, sendo vedadas somente as cláusulas que de alguma forma promovam o desequilíbrio em face da abusividade de algum direito”, bem como que “não há qualquer ilegalidade na conduta da Unimed Cuiabá, que apenas tratou de cumprir as normas estampadas no artigo 30 da Lei 9.656/98 e na Resolução Normativa da ANS que regulamenta tal artigo de Lei Federal” (fls. 397-398, e-STJ).

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/MT admitiu o recurso especial.

É o relatório.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.986.398 - MT (2022/0041077-7)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : FERNANDO AUGUSTO VIEIRA DE FIGUEIREDO - MT007627A

ANA PAULA SIGARINI GARCIA - MT010133

VITOR HUGO FORNAGIERI - MT015661

LARISSA MICAELE BRANDAO - MT026018

RECORRIDO : ILONI SCHMIDT PEREIRA

ADVOGADO : FABIANA NOGUEIRA PEREIRA - MT017982

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. SÚM. 284/STF. FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO. SÚM. 283/STF. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 211/STJ. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. PEDIDO DE EXCLUSÃO DA DEPENDENTE IDOSA APÓS DIVORCIAR-SE DO TITULAR. ASSUNÇÃO DA TITULARIDADE DO CONTRATO. POSSIBILIDADE.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 08/04/2019, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 27/10/2021 e concluso ao gabinete em 23/03/2022.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a revelia e sobre a possibilidade de a beneficiária idosa, que perdeu a condição de dependente após divorciar-se do titular, assumir a titularidade do plano de saúde coletivo por adesão.

3. É inviável o recurso especial em que não se aponta violação de qualquer dispositivo infraconstitucional (súm. 284/STF).

4. A existência de fundamento não impugnado – quando suficiente para a manutenção das conclusões do acórdão recorrido – impede a apreciação do recurso especial (súm. 283/STF).

5. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial (súm. 211/STJ).

6. À luz do disposto no art. 16 da Lei 9.656/1998, nos termos da regulamentação dada pela Resolução ANS 195/2009, diferentemente dos planos privados de assistência à saúde individual ou familiar, que são de “livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar” (art. 3º), os planos de saúde coletivos são prestados à população delimitada, vinculada à pessoa jurídica, seja esse vínculo “por relação empregatícia ou estatutária” (art. 5º), como nos contratos empresariais, seja por relação “de caráter profissional, classista ou setorial” (art. 9º), como nos contratos por adesão.

7. O art. 18, parágrafo único, II, da Resolução Normativa 195/2009 da ANS, estabelece que a perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou da condição de dependência, desde que previstos em

Superior Tribunal de Justiça

regulamento ou contrato, e ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, autoriza a suspensão da assistência ou a exclusão do beneficiário diretamente pela operadora, nos contratos de plano de saúde coletivo. Afastada a incidência da súmula normativa 13/ANS.

8. Em se tratando de dependente idoso, a interpretação das normas de regência há de ser feita sob as luzes do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) e sempre considerando a sua peculiar situação de consumidor hipervulnerável, evidenciada em diversas passagens na Lei 9.656/1998, nas quais é expressa a preocupação do legislador com a necessidade de preservação do contrato de assistência à saúde.

9. O beneficiário idoso, que perde a condição de dependente por ter sido excluído a pedido do titular, depois de mais de 10 anos de contribuição, tem o direito de assumir a titularidade do plano de saúde coletivo por adesão, desde que arque com o respectivo custeio. Precedentes.

10. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, desprovido, com majoração de honorários.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.986.398 - MT (2022/0041077-7)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : FERNANDO AUGUSTO VIEIRA DE FIGUEIREDO - MT007627A

ANA PAULA SIGARINI GARCIA - MT010133

VITOR HUGO FORNAGIERI - MT015661

LARISSA MICAELE BRANDAO - MT026018

RECORRIDO : ILONI SCHMIDT PEREIRA

ADVOGADO : FABIANA NOGUEIRA PEREIRA - MT017982

VOTO

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

O propósito recursal consiste em decidir sobre a revelia e sobre a possibilidade de a beneficiária idosa, que perdeu a condição de dependente após divorciar-se do titular, assumir a titularidade do plano de saúde coletivo por adesão.

1. DA FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE E DA EXISTÊNCIA DE FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO

1. Constata-se, da leitura das razões do recurso especial, que, no que tange à alegação de omissão “quanto à análise de ausência da revelia” (fl. 383, e-STJ), a recorrente não alega violação de qualquer dispositivo infraconstitucional, o que importa na inviabilidade do recurso especial ante a incidência da Súmula 284/STF.

2. Ademais, a recorrente não impugnou o fundamento utilizado pelo TJ/MT, para manter a decretação da revelia, relativo ao não recolhimento da guia de materialização. Aplica-se, na hipótese, a Súmula 283/STF.

2. DA AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO

3. O TJ/MT não decidiu, sequer implicitamente, acerca dos arts. 30 e 35, § 5º, da Lei 9.656/1998 e do art. 607 do CC/2002, indicados como violados, tampouco se manifestou sobre os argumentos deduzidos nas razões recursais acerca dos referidos dispositivos legais, a despeito da oposição de embargos de declaração.

4. Por isso, o julgamento do recurso especial, quanto a essa questão, é inadmissível por incidência da Súm. 211/STJ.

3. DA MANUTENÇÃO DE DEPENDENTE IDOSA EM PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO, APÓS SUA EXCLUSÃO DO PLANO A PEDIDO DO TITULAR

5. Segundo consta dos autos, ILONI SCHMIDT PEREIRA, idosa com mais de 70 anos de idade, pretende a sua manutenção no plano de saúde coletivo por adesão firmado com a UNIMED, no qual figurava como beneficiária, na condição de dependente de seu ex-marido, tendo sido excluída a pedido do titular, em razão do divórcio, depois de ter contribuído por quase 20 anos à época da propositura da ação.

6. Inicialmente, há de ser considerado, à luz do disposto no art. 16 da Lei 9.656/1998, nos termos da regulamentação dada pela Resolução ANS 195/2009, que, diferentemente dos planos privados de assistência à saúde individual ou familiar, que são de “livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar” (art. 3º), os planos de saúde coletivos são prestados à população delimitada, vinculada à pessoa jurídica, seja esse vínculo “por relação empregatícia ou estatutária” (art. 5º), como nos contratos empresariais, seja por relação “de caráter profissional, classista ou setorial” (art. 9º), como nos contratos por adesão.

7. Assim, diversamente dos planos individuais/familiares, nos planos coletivos exige-se a presença do vínculo entre o titular e a pessoa jurídica contratante, sem o qual, inclusive, não é admitida a adesão do seu grupo familiar (art. 5º, § 2º, e art. 9º, § 2º, da Resolução Normativa 195 da ANS).

8. Daí porque a legislação confere tratamento diferenciado àquelas duas espécies de contratação (individual/familiar ou coletivo), seja quanto à rescisão do contrato ou suspensão de cobertura, seja quanto à exclusão ou suspensão de beneficiários.

9. No tocante aos planos de saúde familiares, a Resolução ANS 195/2009 estabelece, em seu art. 3º, que, ressalvadas as hipóteses de “rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade” (§ 2º), “a extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes” (§ 1º).

10. Nessa toada, aliás, a ANS, em 2010, editou a súmula normativa 13, redigida nestes termos: “O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo”.

11. Igualmente, com base também nos princípios constitucionais da igualdade, da dignidade da pessoa humana, da liberdade, da proteção da segurança jurídica e da proteção à entidade familiar, esta Turma consolidou o entendimento de que, falecido o titular do plano familiar, têm os seus dependentes o direito de manter o contrato, nas mesmas condições anteriormente pactuadas, desde que assumam as obrigações dele decorrentes, reconhecendo, assim, a possibilidade de sucessão na titularidade do plano de saúde, após o término do período de remissão

(REsp 1.457.254/SP, Terceira Turma, julgado em 12/04/2016, DJe de 18/04/2016).

12.No tocante aos planos coletivos, todavia, o art. 18, parágrafo único, II, da Resolução Normativa 195/2009 da ANS, estabelece que a perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou da condição de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, e ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, autoriza a suspensão da assistência ou a exclusão do beneficiário diretamente pela operadora.

13.Essa circunstância, que não se verifica nos contratos familiares, impossibilita a interpretação extensiva da súmula normativa 13/ANS para aplicá-la aos contratos de plano de saúde coletivos, embora não se desconheça a existência de julgados nesta Corte em sentido diverso, dentre os quais, citam-se: AgInt no REsp 1.765.995/SP, Quarta Turma, julgado em 08/06/2020, DJe de 12/06/2020; AgInt no AREsp 1.568.031/RJ, Terceira Turma, julgado em 04/05/2020; DJe de 08/05/2020.

14.A par disso, na hipótese dos autos, não se verifica o rompimento do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou com a operadora, mas a perda, pela recorrida, de sua condição de dependente, por força do divórcio, a justificar o pedido, pelo titular, de exclusão da referida beneficiária. É dizer, o contrato de plano de saúde coletivo por adesão permanece vigente.

15.Essa situação é prevista na Resolução Normativa 412/2016 da ANS, que dispõe, dentre outros, sobre a exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão, definida como a “exclusão do beneficiário titular ou dependente, a pedido do titular, de contrato coletivo empresarial ou por adesão que continua vigente” (art. 20, III). A propósito, eis o teor dos arts. 11 e 12 da referida norma:

Art. 11. O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de

Superior Tribunal de Justiça

beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão:

I – à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde; ou

II – à administradora de benefícios, quando figurar no contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora;

ou
saúde.

III – à operadora de planos privados de assistência à

§ 1º As solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante e pela administradora de benefícios, mencionadas, respectivamente, nos incisos I e II deste artigo, serão encaminhadas à operadora, para adoção das providências cabíveis.

§ 2º As solicitações de exclusão formuladas perante a pessoa jurídica contratante, mencionada no inciso I deste artigo, tem efeito imediato a partir da data de sua ciência pela operadora.

§ 3º Nas solicitações recebidas pela administradora de benefício e pela operadora, mencionadas, respectivamente, nos incisos II e III deste artigo, o beneficiário poderá utilizar de qualquer uma das formas previstas no art. 4º desta RN, e a exclusão pleiteada terá efeito imediato.

§ 4º Em complemento às formas descritas no § 3º deste artigo, a administradora de benefícios deverá disponibilizar, em seu sítio na internet, a possibilidade de que o beneficiário efetue a solicitação de exclusão.

Art. 12. O beneficiário deverá ser informado do disposto no artigo 15 desta RN.

16. Necessário destacar que, em se tratando de dependente idoso, a interpretação dessas normas há de ser feita sob as luzes do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) e sempre considerando a sua peculiar situação de consumidor hipervulnerável.

17. A propósito, a Lei 9.656/1998, em diversas passagens, evidencia a necessidade de se conferir um tratamento diferenciado e mais cuidadoso ao idoso beneficiário do serviço de assistência privada à saúde. Citam-se, por sinal, os arts. 14, 15, parágrafo único, 18, II, 35-E, I, § 1º, V.

18. O art. 31 da Lei 9.656/1998, por sua vez, claramente expressa essa preocupação do legislador com a necessidade de preservação do contrato de assistência à saúde do aposentado, considerando, justamente, a sua extrema dependência do serviço e a notória dificuldade de nova filiação em razão da sua

idade.

19. Essa precaução foi muito bem justificada pelo e. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, ao julgar o AREsp 1.223.496/RS (DJe de 19/12/2018), tendo Sua Excelência, em hipótese assemelhada, afastado a aplicação da súmula normativa 13/ANS, mas reconhecido o direito da dependente idosa de se manter como beneficiária do plano coletivo por adesão cuja titularidade era do falecido marido, por prazo indeterminado, consignando na decisão monocrática o seguinte:

No que diz respeito aos planos individuais e familiares, a questão encontra-se pacificada no âmbito administrativo, por meio da Súmula Normativa no 13 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, assim lavrada:

Súmula Normativa 13/ANS - O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo. (sem grifos no original)

No caso dos autos, como relatado, o plano de saúde foi contratado na modalidade coletiva por adesão, não se aplicando, portanto, a referida súmula normativa.

Porém, a ora recorrente, à época da propositura da ação, já contava com 72 anos de idade e seu falecido marido contribuíra durante mais de uma década para o plano de saúde.

Deveras, a condição de idoso faz com que o ser humano passe a necessitar dos serviços de saúde com maior frequência, elevando significativamente os gastos com a manutenção da própria saúde.

Sobre esse ponto, uma estatística do Sistema Único de Saúde que revelou um crescimento quase exponencial dos gastos com saúde a partir da idade de 45 anos.

Essa estatística foi mencionada em artigo do economista JOSÉ CECHIN, conforme se verifica no trecho abaixo transcrito:

A experiência do SUS, medida pela taxa de utilização por idade, também é ilustrativa, mesmo considerando a dificuldade de acesso a seus serviços, o que deixa muitas pessoas desatendidas, levando a uma taxa de utilização inferior à demanda. A taxa de utilização (número de utilizações de serviços do SUS por pessoas de uma determinada faixa etária dividido pelo número de pessoas dessa faixa) é muito alta na primeira idade (devido aos cuidados com recém-nascidos prematuros ou de baixo peso); cai nas faixas entre cinco e 14 anos; sobe suavemente até os 45 anos; e a partir dessa idade, cresce quase exponencialmente. Pelo Gráfico 5, pode-se verificar que a frequência de

utilização das pessoas de 70 a 79 anos de idade é sete vezes maior, e a dos maiores de 79 anos é dez vezes maior do que a das crianças entre 5 e 15 anos. Como os idosos recorrem a serviços de maior complexidade e mais dispendiosos, a razão das despesas é ainda maior. Note-se também a acentuada diferença na taxa de utilização entre os sexagenários, septuagenários e as pessoas com 80 ou mais anos. (Fatos da vida e o contorno dos planos de saúde. In: Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Luiz A. F. Carneiro, coord. Rio de Janeiro: Forense, 2012, cap. 9, p. 206)

Essa condição peculiar do idoso torna-o parte hipervulnerável no mercado de planos de saúde, uma vez que apresenta grau de vulnerabilidade bastante superior à do consumidor de planos de saúde em geral.

Para compensar essa hipervulnerabilidade, a Lei 9.656/1998 (art. 15), secundada pela Resolução Normativa ANS 195/2009, estatuíram normas de acentuado dirigismo contratual, que estabelecem uma solidariedade entre gerações, para proteger os usuários de plano de saúde na velhice.

Sobre essa solidariedade entre gerações, merece referência novamente o artigo do economista JOSÉ CECHIN, no trecho abaixo transcrito:

Pelo esquema do pacto entre gerações, os membros de cada faixa etária são plenamente solidários entre si, e além dessa solidariedade no grupo etário, há uma solidariedade entre grupos ou gerações - dos menores de 59 anos de idade para os maiores de 59.

Não há como negar a beleza desse esquema solidário entre gerações.

Todos o aceitam porque o fardo distribuído entre muitos menores de 59 anos de idade é relativamente pequeno para cada um, mas muito importante para cada dos idosos que ainda são pouco numerosos. E o aceita também porque todos sabem que seu destino será ser idoso. (op. cit., p. 220)

Decorre desse pacto entre gerações que os usuários mais jovens contribuem para o plano de saúde com um valor proporcionalmente maior do que o correspondente à sinistralidade de sua faixa etária, para assim permitirem que os idosos contribuam com um valor proporcionalmente menor do que a respectiva sinistralidade.

Sob esse prisma, constata-se que a exclusão do beneficiário idoso por fato que não lhe é imputável rompe com esse pacto entre gerações (dentro do universo dos participantes do respectivo plano), colocando o idoso em situação de extrema desvantagem no mercado de planos de saúde, uma vez que não poderá usufruir da contribuição da geração posterior (mais jovem, portanto), embora tenha contribuído para custear a geração anterior (mais idosa).

Assim, para preservar a confiança dos contratantes no que diz respeito a esse pacto entre gerações, bem como em respeito à dignidade da pessoa idosa, é de rigor assegurar aos dependentes idosos o direito de assumirem a titularidade do plano de saúde após a morte do titular, ainda que se trate de plano coletivo por adesão. (grifou-se)

20.O entendimento de Sua Excelência foi posteriormente ratificado

pela Terceira Turma, no julgamento do AgInt no REsp 1.780.206/DF (julgado em 21/09/2020, DJe 24/09/2020), cuja ementa foi redigida nestes termos:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. MORTE DO TITULAR. EXCLUSÃO DE DEPENDENTE IDOSA, APÓS A REMISSÃO. DESCABIMENTO. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA CONFIANÇA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. JULGADOS DESTA CORTE SUPERIOR.

1. Polêmica acerca da exclusão de beneficiária idosa de plano de saúde coletivo por adesão em virtude da morte do titular.
2. Nos termos da Súmula Normativa 13/ANS: "o término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo".
3. Inexistência de norma da ANS sobre o direito de permanência do dependente em planos "coletivos" após o período de remissão.
4. Hipervulnerabilidade do consumidor idoso no mercado de planos de saúde. Doutrina sobre o tema.
5. Necessidade de se assegurar ao dependente idoso o direito de assumir a titularidade do plano de saúde, em respeito aos princípios da confiança e da dignidade da pessoa humana. Julgados desta Corte Superior.
6. O agravante não impugnou os fundamentos centrais da decisão agravada.
7. Agravo Interno não provido. (grifou-se)

21. Calha, ainda, a lição de Luiz Antônio Rizzatto Nunes, para quem “os dependentes de um contrato familiar ou coletivo de plano privado de assistência à saúde são, à luz do art. 2º do CDC, tão consumidores quanto o titular, de modo que àqueles deve ser reservado igual tratamento ao dispensado a este”, ressaltando ainda “que os dependentes também geram receita, pois, assim como o titular, fazem parte do preço, sejam cobrados diretamente, sejam embutidos no valor pago por aquele” e concluindo, a partir dessa premissa, que “não teria cabimento a lei proteger o titular e abandonar seus dependentes” (Comentários à lei de plano e seguro-saúde. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 53).

22. Diante de todo o exposto, é possível concluir que o beneficiário idoso, que perde a condição de dependente por ter sido excluído a pedido do titular, depois de mais de 10 anos de contribuição, tem o direito de assumir a

titularidade do plano de saúde coletivo por adesão, desde que arque com o respectivo custeio.

23.Cumpre destacar que essa solução assegura a assistência à saúde da pessoa idosa, sem implicar alteração do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, na medida em que há, apenas, a transferência da titularidade do plano e dos respectivos custos para quem já pertencia ao grupo de beneficiários.

24.Na espécie, assim como nas hipóteses descritas nos julgados referidos, o plano de saúde foi contratado na modalidade coletiva por adesão; a recorrida, à época da propositura da ação, contava com mais de 70 anos de idade e seu ex-marido, de quem era dependente, contribuíra durante mais de uma década para o plano de saúde.

25.Logo, não merece qualquer reparo o acórdão impugnado, ao registrar que “é possível a transferência de titularidade do plano de saúde aos dependentes idosos, ainda que o plano seja coletivo por adesão”; que, “ainda que não subsista vínculo entre o titular do plano originário e a apelada, a perda da condição de dependente não obsta aplicação analógica do art. 3o, § 1o da RN 195/2009 da ANS, que autoriza o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde que assumidas as obrigações decorrentes”; e que “a exclusão da dependente idosa, obrigando-a a contratar novo plano de saúde, afronta o princípio da boa-fé contratual e a dignidade da pessoa humana” (fls. 346-347, e-STJ).

DA CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO EM PARTE do recurso especial e, nessa extensão, NEGO-LHE PROVIMENTO.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, considerando o trabalho

Superior Tribunal de Justiça

adicional imposto ao advogado da recorrida em virtude da interposição deste recurso, majoro os honorários fixados anteriormente em 15% (fl. 347, e-STJ) para 20% sobre o valor da causa.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2022/0041077-7

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.986.398 / MT

Números Origem: 00021516820198110008 21516820198110008

PAUTA: 14/06/2022

JULGADO: 14/06/2022

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. MÁRIO PIMENTEL ALBUQUERQUE

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : FERNANDO AUGUSTO VIEIRA DE FIGUEIREDO - MT007627A
ANA PAULA SIGARINI GARCIA - MT010133
VITOR HUGO FORNAGIERI - MT015661
LARISSA MICAELE BRANDAO - MT026018
RECORRIDO : ILONI SCHMIDT PEREIRA
ADVOGADO : FABIANA NOGUEIRA PEREIRA - MT017982

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - 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 em parte do recurso especial e, nessa extensão, negou-lhe provimento, com majoração de honorários, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

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

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.