

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.876.047 - SP (2020/0041538-9)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRENTE : S G DE A (MENOR)
REPR. POR : R P L DE A
ADVOGADOS : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO
RECORRIDO : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRIDO : S G DE A (MENOR)
REPR. POR : R P L DE A
ADVOGADOS : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA 211/STJ. FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. DEMISSÃO DO TITULAR. OFERTA DE PLANO INDIVIDUAL NÃO COMERCIALIZADO PELA OPERADORA. INVIABILIDADE. BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DA OPERADORA DE MANTER A COBERTURA ASSISTENCIAL. ASSUNÇÃO DO CUSTEIO INTEGRAL PELO EX-EMPREGADO DEMITIDO. PARIDADE COM OS EMPREGADOS ATIVOS. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. NÃO DEMONSTRADA.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 15/12/2015, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos em 02/04/2018 e 23/04/2019, e conclusos ao gabinete em 11/05/2020.

2. O propósito dos recursos especiais é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigatoriedade de a operadora do plano de saúde oferecer à usuária, que se encontra em tratamento médico, a portabilidade especial para plano individual, que não comercializa, após o decurso do prazo previsto no art. 30 da lei 9.656/1998; (iii) o valor da mensalidade a ser paga pela usuária.

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

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. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022 do CPC/15.
6. A jurisprudência do STJ está consolidada no sentido de que, "nos planos coletivos de assistência à saúde e em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, deve ser assegurado ao ex-empregado o direito à permanência no plano de saúde mesmo após o limite legal do prazo de prorrogação provisória contido no § 1º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98, nas hipóteses em que o beneficiário esteja em tratamento de doença e enquanto esse durar, desde que suporte integralmente as contribuições para o custeio".
7. As Turmas de Direito Privado do STJ orientam que "a operadora de plano de saúde não pode ser obrigada a oferecer plano individual a ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa após o direito de permanência temporária no plano coletivo esgotar-se (art. 30 da Lei nº 9.656/1998), sobretudo se ela não disponibilizar no mercado esse tipo de plano" e que "não é ilegal a recusa de operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuarem apenas no segmento de planos coletivos".
8. A despeito do previsto em norma regulamentadora da ANS, atende-se à finalidade da norma insculpida no art. 30 da Lei 9.656/1998 impondo ao ex-empregado demitido a obrigação de arcar com a contribuição que por ele era devida mais a contribuição patronal, consignado que o valor do prêmio poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma.
9. A análise da existência do dissídio é inviável quando descumpridos os arts. 1.029, § 1º, do CPC/15 (541, parágrafo único, do CPC/73) e 255, § 1º, do RISTJ.
10. Recurso especial da operadora parcialmente conhecido e, nessa extensão, provido em parte. Recurso especial da beneficiária conhecido e provido em parte.

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 da operadora e, nessa extensão, deu-lhe parcial provimento; e, dar parcial provimento ao recurso especial da beneficiária, 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.

Superior Tribunal de Justiça

Brasília (DF), 18 de abril de 2023(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.876.047 - SP (2020/0041538-9)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRENTE : S G DE A (MENOR)
REPR. POR : R P L DE A
ADVOGADOS : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO
RECORRIDO : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRIDO : S G DE A (MENOR)
REPR. POR : R P L DE A
ADVOGADOS : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO

RELATÓRIO

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

Cuida-se de recursos especiais interpostos por CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e S G DE A, fundados, o primeiro, nas alíneas "a" e "c", e o segundo, apenas na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Ação: de obrigação de fazer, ajuizada por S G DE A, menor representada por R P L DE A, em face de CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, pretendendo a portabilidade especial de carência para plano de saúde individual de abrangência nacional ou a manutenção do seu tratamento de saúde em regime de *home care*.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou procedente o pedido para que, "desde que complementada também a parte outrora paga pelo empregador, se mantenha o atendimento *home care* em Santos e em Sorocaba", "admitida a

portabilidade" (fl. 176, e-STJ).

Acórdão: o TJ/SP, à unanimidade, deu provimento, em parte, à apelação da UNIMED, para determinar que o valor do plano individual observe o preço de mercado. Eis a ementa do acórdão:

Obrigação de fazer. Paciente dependente de ex-empregado titular de plano de saúde coletivo/empresarial e que tivera rescindido o contrato de trabalho. Apelante e ex-empregadora proporcionaram a cobertura em observância ao artigo 30 da Lei n.º 9.656/98, portanto, o lapso cronológico respectivo se fizera presente. Pretensão da apelada de migração para plano individual, observadas as mesmas condições. Admissibilidade, porém, levando-se em consideração o preço de mercado em relação ao prêmio e sem carência. No caso em exame o pleiteado abrange inclusive sistema 'home care' em cidades distintas Santos e Sorocaba, pois a paciente está submetida à guarda compartilhada e seus pais residem em locais diversos. Alegação da apelante de que não comercializa plano individual não pode sobressair. Princípio da solidariedade humana, dignidade da pessoa humana e referência expressa à adversidade da higidez da recorrida devem prevalecer. Apelo provido em parte.

Embargos de declaração: opostos por S G DE A, foram rejeitados.

Recurso especial de UNIMED: aponta violação dos arts. 9º e 30, *caput* e § 1º, da Lei 9.656/1998, dos arts. 17 e 485, VI, do CPC/2015, dos arts. 4º, 6º, VI e VIII, 14 e 51, IV e § 1º, II, do CDC, além de dissídio jurisprudencial.

Alega que o pedido é juridicamente impossível porque "as operadoras de plano de saúde só podem comercializar o produto se antes houver registro próprio do produto na ANS" e "a Central Nacional Unimed não comercializa planos de saúde individuais com abrangência nacional" (fl. 306, e-STJ).

Afirma que, "após a sua demissão, o titular assinou e tinha ciência do término do benefício, conforme termo de transferência do plano para o grupo de inativos, fato incontroverso nos autos, com término previsto para 31.01.2016" e que "o pedido para inclusão da recorrente no benefício previsto no artigo 30 da Lei Federal nº 9656/98, iniciou-se após a demissão do titular, com fim determinado em 31.01.2016" (fl. 307, e-STJ).

Superior Tribunal de Justiça

Sustenta que "as cláusulas contratuais em apreço estão colocadas de forma clara, expressa e destacada em negrito, sem qualquer ambiguidade" e que "a ausência de manutenção do plano da recorrida após o término do prazo estipulado contratualmente e legalmente é justificável e motivada pelas disposições contratuais, não infringe nenhum dispositivo legal, porquanto é válida de pleno direito posto que livremente acordada entre as partes, onde emerge a vontade livre e soberana das partes" (fls. 310-311, e-STJ).

Pleiteia o provimento do recurso especial para que sejam julgados improcedentes os pedidos deduzidos na exordial.

Recurso especial de S G DE A: aponta violação do art. 1.022, parágrafo único, II, do CPC/2015 e do art. 30 da Lei 9.656/1998.

A par da negativa de prestação jurisdicional, alega que, a despeito de a UNIMED ter afirmado que "a portabilidade especial de carências para contratação de plano individual de abrangência nacional deveria ser solicitada a outra operadora, por não possuir serviço nesses moldes", é sabido que a operadora "oferece o serviço privado de assistência à saúde em todas as cidades do Estado por meio de planos individuais e/ou familiares e/ou coletivos, possuindo, sim, rede de cobertura para atendimento às necessidades da recorrente" (fl. 365, e-STJ).

Sustenta que "é patente a existência de obrigação legal por parte da recorrida em oferecer o produto à recorrente observados os mesmos valores praticados pela sua participação como dependente do plano familiar extinto" e que "tal condição é observada, ainda, na Resolução RN nº 186/2009 da ANS (Agência Nacional de Saúde) e na Resolução 19 do CONSU (Conselho de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde)" (fl. 366, e-STJ).

Afirma que "autorizar a cobrança do valor de mercado equivale a negar o direito à portabilidade especial, vez que se estaria diante da nova

Superior Tribunal de Justiça

contratação de um plano de saúde, respeitados apenas os prazos de carência" (fl. 370, e-STJ).

Pleiteia o provimento do recurso especial para que seja anulado o acórdão recorrido ou reformado a fim de seja determinada a observância dos "observando-se os mesmos valores praticados pela sua participação como dependente do plano familiar extinto" (fl. 371, e-STJ).

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/SP inadmitiu ambos os recursos, tendo sido provido o AREsp 1.667.846/SP para determinar a conversão em especial (fl. 493, e-STJ).

Parecer do MPF: da lavra do Subprocurador-Geral da República Mauricio Vieira Bracks, pelo conhecimento parcial e desprovimento do recurso da UNIMED e pelo conhecimento e desprovimento do recurso de S G DE A.

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.876.047 - SP (2020/0041538-9)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRENTE : S G DE A (MENOR)
REPR. POR : R P L DE A
ADVOGADOS : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO
RECORRIDO : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRIDO : S G DE A (MENOR)
REPR. POR : R P L DE A
ADVOGADOS : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA 211/STJ. FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. DEMISSÃO DO TITULAR. OFERTA DE PLANO INDIVIDUAL NÃO COMERCIALIZADO PELA OPERADORA. INVIABILIDADE. BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DA OPERADORA DE MANTER A COBERTURA ASSISTENCIAL. ASSUNÇÃO DO CUSTEIO INTEGRAL PELO EX-EMPREGADO DEMITIDO. PARIDADE COM OS EMPREGADOS ATIVOS. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. NÃO DEMONSTRADA.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 15/12/2015, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos em 02/04/2018 e 23/04/2019, e conclusos ao gabinete em 11/05/2020.

2. O propósito dos recursos especiais é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigatoriedade de a operadora do plano de saúde oferecer à usuária, que se encontra em tratamento médico, a portabilidade especial para plano individual, que não comercializa, após o decurso do prazo previsto no art. 30 da lei 9.656/1998; (iii) o valor da mensalidade a ser paga pela usuária.

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

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. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022 do CPC/15.

6. A jurisprudência do STJ está consolidada no sentido de que, "nos planos coletivos de assistência à saúde e em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, deve ser assegurado ao ex-empregado o direito à permanência no plano de saúde mesmo após o limite legal do prazo de prorrogação provisória contido no § 1º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98, nas hipóteses em que o beneficiário esteja em tratamento de doença e enquanto esse durar, desde que suporte integralmente as contribuições para o custeio".

7. As Turmas de Direito Privado do STJ orientam que "a operadora de plano de saúde não pode ser obrigada a oferecer plano individual a ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa após o direito de permanência temporária no plano coletivo esgotar-se (art. 30 da Lei nº 9.656/1998), sobretudo se ela não disponibilizar no mercado esse tipo de plano" e que "não é ilegal a recusa de operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuarem apenas no segmento de planos coletivos".

Superior Tribunal de Justiça

8. Apesar do previsto em norma regulamentadora da ANS, atende-se à finalidade da norma insculpida no art. 30 da Lei 9.656/1998 impondo ao ex-empregado demitido a obrigação de arcar com a contribuição que por ele era devida mais a contribuição patronal, consignado que o valor do prêmio poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma.

9. A análise da existência do dissídio é inviável quando descumpridos os arts. 1.029, § 1º, do CPC/15 (541, parágrafo único, do CPC/73) e 255, § 1º, do RISTJ.

10. Recurso especial da operadora parcialmente conhecido e, nessa extensão, provido em parte. Recurso especial da beneficiária conhecido e provido em parte.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.876.047 - SP (2020/0041538-9)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRENTE : S G DE A (MENOR)
REPR. POR : R P L DE A
ADVOGADOS : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO
RECORRIDO : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRIDO : S G DE A (MENOR)
REPR. POR : R P L DE A
ADVOGADOS : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO
FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO

VOTO

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

O propósito dos recursos especiais é decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigatoriedade de a operadora do plano de saúde oferecer à usuária, que se encontra em tratamento médico, a portabilidade especial para plano individual, que não comercializa, após o decurso do prazo previsto no art. 30 da Lei 9.656/1998; (iii) o valor da mensalidade a ser paga pela usuária.

A fim de permitir a melhor análise das questões, passo ao julgamento conjunto dos recursos especiais.

1. DA AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO

1. O TJ/SP não decidiu, sequer implicitamente, acerca dos arts. 4º, 6º, VI e VIII, 14 e 51, IV e § 1º, II, do CDC, indicados pela UNIMED 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.

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

2. DO FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO

3. No tocante à alegação de impossibilidade jurídica do pedido, verifica-se que a UNIMED não impugnou o fundamento utilizado pelo TJ/SP de que "referida expressão sequer integra os pressupostos processuais, de acordo com o conteúdo do artigo 485, inciso VI, e artigo 17, ambos do Estatuto Processual vigente, portanto, técnica processual mais apurada não fora observada" (fl. 283, e-STJ).

3. DA NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL

4. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/15 quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese, soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte. A propósito, confira-se: AgInt no AREsp 1.768.573/SP, Quarta Turma, julgado em 12/12/2022, DJe de 16/12/2022; AgInt no AREsp 1.684.022/RJ, Terceira Turma, julgado em 27/6/2022, DJe de 30/6/2022.

5. Na espécie, alega S G DE A que o TJ/SP não examinou a questão relativa à "obrigação legal da apelante [UNIMED] em oferecer um produto à apelada observados os mesmos valores praticados pela sua participação como dependente do plano familiar extinto" (fl. 362, e-STJ).

6. No entanto, extrai-se do acórdão recorrido o seguinte trecho:

Com efeito, após o término do prazo estipulado contratualmente para a vigência do plano de assistência médico-hospitalar cabe à apelante proporcionar à apelada plano individual, porém, observado o preço de mercado, sem carência, uma vez que não se vislumbra supedâneo para manutenção de outro preço envolvendo apólice coletiva.

Oportunas as transcrições jurisprudenciais:

(...)

No caso em exame, as peculiaridades da paciente exigem cuidados necessários, porém, se pleiteia *home care* em duas cidades distintas como Sorocaba e Santos, com aproximadamente 150 km de distância, pois a paciente está submetida à guarda compartilhada dos pais, que residem em locais distintos, o que também deve ser levado em consideração quanto ao valor a ser pago, haja vista os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade da relação negocial. (fls. 284-285, e-STJ)

7. Logo, da leitura do acórdão recorrido extrai-se, sem adentrar no acerto ou desacerto do julgamento, que foram devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, estando suficientemente fundamentado, de modo a esgotar a prestação jurisdicional.

8. À vista disso, não há omissão a ser suprida, de modo que não se vislumbra a alegada violação do art. 1.022, parágrafo único, II, do CPC/2015.

3. DA OBRIGATORIEDADE DE A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE OFERECER À USUÁRIA, QUE SE ENCONTRA EM TRATAMENTO MÉDICO, A PORTABILIDADE ESPECIAL PARA PLANO INDIVIDUAL, QUE NÃO COMERCIALIZA, APÓS O DECURSO DO PRAZO PREVISTO NO ART. 30 DA LEI 9.656/1998

9. Consta dos autos que S G DE A é usuária do plano de saúde coletivo empresarial, celebrado com a UNIMED, sendo dependente do ex-empregado da empresa, que foi demitido e transferido para apólice dos inativos, com término previsto para 31/01/2016, nos termos do art. 30 da lei 9.656/1998.

10. Consta, ainda, que S G DE A foi diagnosticada com esquisenfalía cerebral bilateral, sendo portadora de paralisia cerebral tetraepástica grave e epilepsia de difícil controle (síndrome de Lennox-Gastaut), com necessidade de tratamento domiciliar tanto em Santos (onde reside a genitora), como em Sorocaba (onde reside o genitor), considerando que os pais da menor detêm sua guarda compartilhada.

11. Diante desse contexto, o TJ/SP manteve a sentença, que condenou a UNIMED a promover a "migração de plano coletivo empresarial para plano individual, a fim de proporcionar à paciente segurada cobertura médico-hospitalar, inclusive home care em duas cidades distintas, ou seja, Santos e Sorocaba".

12. A UNIMED, no entanto, afirma que não comercializa planos individuais, tampouco tem autorização da ANS para fazê-lo.

13. A propósito, a jurisprudência do STJ está consolidada no sentido de que "nos planos coletivos de assistência à saúde e em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, deve ser assegurado ao ex-empregado o direito à permanência no plano de saúde mesmo após o limite legal do prazo de prorrogação provisória contido no § 1º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98, nas hipóteses em que o beneficiário esteja em tratamento de doença e enquanto esse durar, desde que suporte integralmente as contribuições para o custeio, observando-se os reajustes e modificações do plano paradigma" (AgInt nos EDcl no AgInt no AREsp 927.933/SP, Quarta Turma, julgado em 18/2/2020, DJe de 26/2/2020). Citem-se, ainda: AgInt nos EDcl no AREsp 1.693.496/SP, Quarta Turma, julgado em 14/11/2022, DJe de 24/11/2022; AgInt no REsp 1.971.342/SP, Terceira Turma, julgado em 6/6/2022, DJe de 8/6/2022.

14. Essa orientação se mantém mesmo diante da circunstância,

afirmada pela UNIMED, de que "o pedido para inclusão da recorrente [S G DE A] no benefício previsto no artigo 30 da Lei Federal nº 9656/98, iniciou-se após a demissão do titular" (fl. 308, e-STJ), mormente porque a menor já era beneficiária do plano coletivo empresarial celebrado entre a UNIMED e a Arcor do Brasila Ltda (ex-empregadora do titular). Ademais, o art. 10, *caput* e parágrafo único, da Resolução Normativa 279/2011 da ANS, estabelece que "o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação do empregador, formalizada no ato da rescisão contratual" e que a contagem desse prazo "somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho" (atual art. 10 da Resolução Normativa 488/2022 da ANS).

15. Igualmente, a obrigação de manter o tratamento de saúde de S G DE A não é afastada pelo fato de ela necessitar de atendimento na modalidade de *home care*, em duas cidades distintas, porquanto, como reconheceu a UNIMED, "durante o tempo em que foi beneficiária, a recorrida teve sempre autorizações para os procedimentos pretendidos" (fl. 307, e-STJ).

16. É dizer, a obrigação imposta à operadora é de manutenção da cobertura assistencial do beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, pois, só dessa forma se pode "assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea 'b', e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021", como decidiu a Segunda Seção no julgamento do REsp 1.842.751/RS (julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022) pela sistemática dos

repetitivos (tema 1.082/STJ).

17. Noutra toada, em hipótese análoga a dos autos, a Terceira Turma decidiu que "a operadora de plano de saúde não pode ser obrigada a oferecer plano individual a ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa após o direito de permanência temporária no plano coletivo esgotar-se (art. 30 da Lei nº 9.656/1998), sobretudo se ela não disponibilizar no mercado esse tipo de plano" e que "não é ilegal a recusa de operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuarem apenas no segmento de planos coletivos" (REsp 1.592.278/DF, Terceira Turma, julgado em 7/6/2016, DJe de 20/6/2016.). Eis a ementa do acórdão:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EMPREGADO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. PRORROGAÇÃO TEMPORÁRIA DO BENEFÍCIO. REQUISITOS PREENCHIDOS. EXAURIMENTO DO DIREITO. DESLIGAMENTO DO USUÁRIO. LEGALIDADE. PLANO INDIVIDUAL. MIGRAÇÃO. INADMISSIBILIDADE. OPERADORA. EXPLORAÇÃO EXCLUSIVA DE PLANOS COLETIVOS.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a operadora de plano de saúde está obrigada a fornecer, após o término do direito de prorrogação do plano coletivo empresarial conferido pelo art. 30 da Lei nº 9.656/1998, plano individual substituto ao trabalhador demitido sem justa causa, nas mesmas condições de cobertura e de valor.

2. Quando há a demissão imotivada do trabalhador, a operadora de plano de saúde deve lhe facultar a prorrogação temporária do plano coletivo empresarial ao qual havia aderido, contanto que arque integralmente com os custos das mensalidades, não podendo superar o prazo estabelecido em lei: período mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses. Incidência do art. 30, caput e § 1º, da Lei nº 9.656/1998. Precedentes.

3. A operadora de plano de saúde pode encerrar o contrato de assistência à saúde do trabalhador demitido sem justa causa após o exaurimento do prazo legal de permanência temporária no plano coletivo, não havendo nenhuma abusividade em tal ato ou ataque aos direitos do consumidor, sobretudo em razão da extinção do próprio direito assegurado pelo art. 30 da Lei nº 9.656/1998. Aplicação do art. 26, I, da RN nº 279/2011 da ANS.

4. A operadora de plano de saúde não pode ser obrigada a oferecer plano individual a ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa após o direito de permanência temporária no plano coletivo esgotar-se (art. 30 da Lei nº 9.656/1998), sobretudo se ela não disponibilizar no mercado esse tipo de plano. Além disso, tal hipótese não pode ser equiparada ao cancelamento do plano

privado de assistência à saúde feito pelo próprio empregador, ocasião em que pode incidir os institutos da migração ou da portabilidade de carências.

5. Não é ilegal a recusa de operadoras de planos de saúde de comercializarem planos individuais por atuarem apenas no segmento de planos coletivos. Não há norma legal alguma obrigando-as a atuar em determinado ramo de plano de saúde. O que é vedada é a discriminação de consumidores em relação a produtos e serviços que já são oferecidos no mercado de consumo por determinado fornecedor, como costuma ocorrer em recusas arbitrárias na contratação de planos individuais quando tal tipo estiver previsto na carteira da empresa.

6. A portabilidade especial de carências do art. 7º-C da RN nº 186/2009 da ANS pode se dar quando o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado solicitar a transferência para outra operadora durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998. Logo, tal instituto não incide na hipótese em que o interessado pretende a migração de plano após exaurido o prazo de permanência temporária no plano coletivo e, sobretudo, para a mesma operadora.

7. Recurso especial não provido.

(REsp n. 1.592.278/DF, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 7/6/2016, DJe de 20/6/2016.)

18. A Quarta Turma, na mesma linha, tem o entendimento de que "é manifestamente inviável, em vista da preservação do equilíbrio econômico-financeiro da avença e da segurança jurídica, simplesmente transmutar uma avença coletiva (plano de saúde empresarial) - ainda que contemplando poucos beneficiários - em familiar" (AglInt no REsp 1.870.988/SP, Quarta Turma, julgado em 31/8/2020, DJe de 9/9/2020).

19. Logo, deve ser reformado o acórdão recorrido para excluir da condenação a obrigação imposta a UNIMED de promover a migração de plano coletivo empresarial para plano individual, mantendo-se, todavia, a obrigação de assegurar a "cobertura médico-hospitalar, inclusive home care em duas cidades distintas, ou seja, Santos e Sorocaba", enquanto durar o tratamento de saúde de S G DE A.

4. DO VALOR DA MENSALIDADE A SER PAGA PELA USUÁRIA

20. Sobre o valor da mensalidade, decidiu o TJ/SP, no particular, que a

beneficiária deve pagar "o preço de mercado" (fl. 284, e-STJ); S G DE A, por sua vez, pretende pagar "os mesmos valores praticados pela sua participação como dependente do plano familiar extinto" (fl. 371, e-STJ).

21. A propósito, de acordo com a jurisprudência do STJ, a obrigação da UNIMED de manter o tratamento de saúde de S G DE A se subordina à condição de "que o titular arque integralmente com a contraprestação (mensalidade) devida" (tema 1.082/STJ).

22. Sobre essa contraprestação devida pelo ex-empregado, demitido ou aposentado, em caso de manutenção da condição de beneficiário de que tratam os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, estabelece a Resolução Normativa 279/2011 da ANS:

Art. 15. No ato da contratação do plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá apresentar aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, mesmo que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador.

§ 1º Deverá estar disposto no contrato o critério para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

§ 2º No momento da inclusão do empregado no plano privado de assistência à saúde, além da tabela disposta no caput, deverá ser apresentada ainda a tabela de preços por faixa etária que será adotada, com as devidas atualizações, na manutenção da condição de beneficiário de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.

§ 3º As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações deverão estar disponíveis a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.

§ 4º Excepcionalmente quando o plano dos empregados ativos possuir formação de preço pós-estabelecida, a operadora estará dispensada da apresentação da tabela de que trata o caput.

23. A mesma regra está prevista na Resolução Normativa 488/2022 da ANS, que revogou a Resolução Normativa 279/2011, vigente à época dos fatos narrados nos autos.

24. A despeito da norma regulamentadora, a Terceira e a Quarta

Turmas do STJ já afirmaram que "o empregado demitido que vem a se aposentar posteriormente pode ser mantido como beneficiário do plano de saúde coletivo fornecido pela empresa aos seus funcionários, nas mesmas condições de cobertura existentes quando da vigência do contrato de trabalho, desde que ainda não tenha havido extinção regular da cobertura e que assuma o pagamento integral da prestação, correspondente à sua contribuição mais a contribuição patronal" (REsp 1431723/SP, Terceira Turma, julgado em 27/05/2014, DJe 09/06/2014). No mesmo sentido: AgInt nos EDcl no AREsp 1.311.712/RS, Terceira Turma, julgado em 11/5/2020, DJe de 14/5/2020; AgInt no AREsp 1.129.996/RJ, Quarta Turma, julgado em 28/11/2017, DJe de 1/12/2017; AgRg no AREsp 815.611/SP, Terceira Turma, julgado em 15/03/2016, DJe 01/04/2016.

25. Esse entendimento foi consolidado pela Segunda Seção, no julgamento do REsp 1.818.487/SP (julgado em 9/12/2020, DJe de 1/2/2021), pela sistemática dos repetitivos, com a fixação das seguintes teses (tema 1.034/STJ):

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. DIREITO CIVIL. EX-EMPREGADOS APOSENTADOS. PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART. 31 DA LEI N. 9.656/1988. DEFINIÇÃO ACERCA DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS E DE CUSTEIO.

1. Delimitação da controvérsia: Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

2. Teses definidas para os fins do art. 1.036 do CPC/2015

a) "Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial."

b) "O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador."

c) "O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências."

3. Julgamento do caso concreto Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, apesar de vinculados a plano de saúde administrado por uma única operadora, encontram-se inseridos em categorias distintas, sendo diversas a forma de custeio e os valores de contribuição.

4. Recurso especial a que se dá provimento.

(REsp n. 1.818.487/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Segunda Seção, julgado em 9/12/2020, DJe de 1/2/2021.)

26. Embora o precedente trate da regra do art. 31 da Lei 9.656/1998, relativa aos ex-empregados aposentados, a mesma razão deve ser aplicada aos ex-empregados demitidos, como o fez a ANS na Resolução Normativa 488/2022 e Resolução Normativa 279/2011, de modo que se possa afirmar que o art. 30 da Lei 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador.

27. Insta consignar, também na linha do tema 1.034/STJ, que o valor do prêmio poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, porquanto "não há direito adquirido a modelo de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou a discriminação ao idoso" (REsp 1.479.420/SP, Terceira Turma, julgado em 1/9/2015, DJe de

11/9/2015).

28. Cabe, ainda, salientar que o direito conferido pelo art. 30 da Lei 9.656/1998 visa, a um só tempo, ampliar o acesso à saúde do trabalhador demitido, sem causar, ressalte-se, qualquer prejuízo econômico à ex-empregadora ou às empresas operadoras de planos de assistência à saúde.

29. Nessa toada, ao se impor ao beneficiário a obrigação de arcar com a contribuição que por ele era devida mais a contribuição patronal, mantém-se, em favor da operadora, a mesma contraprestação financeira, e, em favor do beneficiário, a mesma cobertura assistencial, sem qualquer ônus para o ex-empregador.

30. Dessa forma, portanto, atende-se à finalidade da norma insculpida no art. 30 da Lei 9.656/1998.

31. Noutra toada, o disposto na norma regulamentadora editada pela ANS – deverá ser adotada, na manutenção da condição de beneficiário de que tratam os arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998, a tabela de preços por faixa etária, apresentada no momento da inclusão do empregado no plano privado de assistência à saúde, mesmo que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador – pode implicar a quebra da paridade com o modelo dos trabalhadores ativos, em afronta ao espírito da norma insculpida no art. 30 da Lei 9.656/1998.

5. DA DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL

32. Entre os acórdãos trazidos à colação, não há o necessário cotejo analítico nem a comprovação da similitude fática, elementos indispensáveis à demonstração da divergência, não bastando, para tanto, transcrever ementas ou destacar trechos de decisões (REsp 1.421.371/SC, Terceira Turma, julgado em

12/12/2017, DJe de 18/12/2017; AgInt nos EREsp 1.377.705/SP, Segunda Seção, julgado em 14/09/2016, DJe de 19/09/2016; AgInt nos EAREsp 740.220/SP, Corte Especial, julgado em 17/08/2016, DJE de 21/09/2016).

33. Ademais, em virtude do exame do mérito, por meio do qual foram rejeitadas as teses sustentadas pela UNIMED, fica prejudicada a análise da divergência jurisprudencial.

6. DISPOSITIVO

Forte nessas razões, CONHEÇO EM PARTE do recurso especial da CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e, nessa extensão, DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO para excluir da condenação a obrigação de transferir a beneficiária para plano individual, mantendo a obrigação de assegurar a cobertura assistencial, enquanto durar o seu tratamento de saúde. CONHEÇO do recurso especial de S G DE A e DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO para que arque com o custeio integral do plano de saúde, correspondente à soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2020/0041538-9 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.876.047 / SP**

Números Origem: 1033328-42.2015.8.26.0562 10333284220158260562

EM MESA

JULGADO: 18/04/2023

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ONOFRE DE FARIA MARTINS**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	: CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO	: MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS	: THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550 CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRENTE	: S G DE A (MENOR)
REPR. POR	: R P L DE A
ADVOGADOS	: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO
RECORRIDO	: CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO	: MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
ADVOGADOS	: THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550 CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRIDO	: S G DE A (MENOR)
REPR. POR	: R P L DE A
ADVOGADOS	: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO FELIPE PIRES PEREIRA - DEFENSOR PÚBLICO

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 em parte do recurso especial da operadora e, nessa extensão, deu-lhe parcial provimento; e, deu parcial provimento ao recurso especial da beneficiária, 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.