



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2164372 - DF (2024/0190326-2)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : EGIDIO DANTAS DA GAMA
ADVOGADO : LUCAS SANTOS RIETHER AZOUBEL - DF043487
RECORRIDO : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADOS : GUILHERME SILVEIRA COELHO - DF033133
LUCAS REIS LIMA - DF052320
VINICIUS SILVA CONCEIÇÃO - DF056123
RECORRIDO : WORLD MED ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE
SUPLEMENTAR LTDA
RECORRIDO : VANPER CONSULTORIA E COBRANCA LTDA
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. FRAUDE NA CONTRATAÇÃO PERPETRADA PELA ESTIPULANTE. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. RESPONSABILIDADE DA OPERADORA PERANTE O CONSUMIDOR. BENEFICIÁRIO DE BOA-FÉ. RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO. POSSIBILIDADE. AVISO PRÉVIO ESTABELECIDO EM CLÁUSULA CONTRATUAL. OBSERVÂNCIA.

I. Hipótese em exame

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral, ajuizada em 26/06/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 23/01/2024 e concluso ao gabinete em 30/07/2024.

II. Questão em discussão

2. Discute-se a necessidade de prévia notificação do beneficiário para resilição unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, após constatada a prática de fraude por terceiro (estipulante).

III. Razões de decidir

3. Neste recurso, constatou-se que o beneficiário, como diversos outros consumidores, foi vítima de fraude perpetrada pela estipulante para comercializar planos de saúde coletivos e que, a despeito de nunca ter existido o vínculo com a pessoa jurídica, o contrato foi devidamente cumprido, tanto pela operadora como pelo beneficiário, por mais de 2 (dois) anos.

4. O parágrafo único do art. 18 da Resolução Normativa 195/2009 da ANS (atual art. 24 da Resolução Normativa 557/2022) autoriza a operadora a excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da contratante, na hipótese de perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica estipulante (arts. 5º e 9º da RN 195/2009 - arts. 5º e 15 da RN 557/2022).

5. A operadora, enquanto integrante da cadeia de fornecimento, não pode se eximir da responsabilidade perante o consumidor, nos termos do art. 14 do

CDC, pela falha na prestação do serviço que culminou com a contratação fraudulenta do plano de saúde coletivo, sobretudo porque lhe cabia verificar a condição de elegibilidade do beneficiário, além de ter obtido vantagem econômica ao receber o pagamento das respectivas mensalidades durante mais de 2 (dois) anos.

6. A fraude praticada por terceiro não exime a operadora de realizar a prévia notificação do usuário de boa-fé, antes de excluir ou suspender o serviço de assistência à saúde em virtude da inexistência do vínculo do titular com a pessoa jurídica estipulante.

IV. Dispositivo

7. Recurso especial conhecido e provido.

RELATÓRIO

Examina-se recurso especial interposto por EGIDIO DANTAS DA GAMA, fundamentado nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional.

Ação: de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral, ajuizada por EGIDIO DANTAS DA GAMA em face de BRADESCO SAUDE S/A, VANPER CONSULTORIA E COBRANCA LTDA e WORLD MED ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EM SAUDE SUPLEMENTAR LTDA, alegando o cancelamento indevido do contrato de plano de saúde, sem a prévia e necessária comunicação.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou procedente, em parte, os pedidos para “determinar à primeira requerida, BRADESCO SEGURO SAÚDE S/A, que reative o plano de saúde da parte autora, nas mesmas condições contratadas, sem qualquer carência, nos termos da Decisão de ID. 66368601, sob pena de multa diária por descumprimento, a ser fixada, se necessário, na fase de cumprimento de sentença” (fl. 384, e-STJ).

Acórdão: o TJ/DFT, por maioria, deu provimento à apelação interposta pela BRADESCO SAUDE S/A para julgar improcedentes os pedidos e, por conseguinte, julgou prejudicada a apelação interposta por EGIDIO. Eis a ementa do acórdão:

DIREITOS DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. BENEFICIÁRIO NÃO ELEGÍVEL. RESCISÃO UNILATERAL PELA ESTIPULANTE OU OPERADORA DE SAÚDE. ARTIGO 9º E 18 DA RESOLUÇÃO NO. 195/2009 – ANS. INCIDÊNCIA SUBSIDIÁRIA ARTIGO 248 DO CÓDIGO CIVIL. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

1-No caso dos autos, a hipótese não guarda similitude com a regra geral de denúncia do contrato pela estipulante ou operadora do plano de saúde quando

após decorrido mais de 01 ano de sua vigência. O caso presente envolve beneficiário inelegível, pois sequer existia a pessoa jurídica enumerada no art. 9º da Resolução 195/2009.

2. Embora aplicável o Código de Defesa do Consumidor à hipótese dos autos, a solução é dada pelo Código Civil, de incidência subsidiária (Art. 248). Reza a lei civil se a obrigação se tornar impossível em razão de fato não imputável ao devedor, a obrigação apenas resolve-se de pleno direito, ou seja, sem a possibilidade de imputar a qualquer das partes a responsabilidade pela extinção da obrigação.

3. Conforme alinhavado, toda a negociação ilícita foi engendrada por um grupo de fraudadores, sendo impossível imputar a qualquer das partes qualquer responsabilidade, razão pela qual cabível a resolução do contrato, não havendo que se falar em reparação de danos.

4. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

Embargos de declaração: opostos por EGIDIO, foram rejeitados.

Recurso especial: aponta violação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/1998, bem como dissídio jurisprudencial.

Afirma, em síntese, que, “embora o Bradesco Saúde S/A sempre tenha alegado fraude na contratação de plano de saúde coletivo, certo é que o recorrente sempre figurou como beneficiário de boa-fé”; que nunca houve “procedimento administrativo que constatasse a suposta fraude alegada”; e que “é inconteste que a denúncia contratual se operou sem que houvesse prévia notificação ao beneficiário” (fl. 557, e-STJ).

Pleiteia, ao final, o conhecimento e provimento do recurso especial a fim de que seja reformado o acórdão recorrido “para confirmar a manutenção do plano de saúde até que seja formalmente rescindido, com a devida comunicação prévia do beneficiário, nos termos da Lei, se assim for do interesse da operadora” (fl. 561, e-STJ).

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/DFT inadmitiu o recurso, dando azo à interposição do AREsp 2.650.616/DF, provido para determinar a reautuação como especial (fl. 635, e-STJ).

É o relatório.

VOTO

O propósito recursal é decidir sobre a necessidade de prévia notificação do beneficiário para rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, após constatada a prática de fraude por terceiro (estipulante).

1. DA NECESSIDADE DE PRÉVIA NOTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO PARA RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL, APÓS CONSTATADA A PRÁTICA DE FRAUDE POR TERCEIRO

1. Sobre o cenário dos autos, consta do relatório do acórdão de apelação, no que é pertinente ao deslinde da controvérsia, o seguinte:

Narra a inicial que, em 19/01/2018, o Requerente, idoso de 70 (setenta) anos, firmou proposta de adesão com a Bradesco Saúde, intermediada por World Med Administradora de Benefícios em Saúde Suplementar LTDA; que desde a contratação, os boletos bancários são emitidos pelo Banco Bradesco e têm como beneficiário o 2º Réu, VANPER Consultoria e Cobrança – EIRELI; que realizou vários procedimentos médicos pela operadora de plano de assistência de saúde, Bradesco Seguros Saúde S/A; que em 29/05/2020 foi surpreendido com e-mail da ré, Vanper Consultoria, informando-o acerca do cancelamento do plano de saúde pela ré Bradesco, sem uma prévia notificação

(...)

A Ré, Bradesco Seguro Saúde S/A, (...) alegou que **o autor foi incluído como beneficiário da apólice coletiva nº 401945, como se empregado fosse da pessoa jurídica VITORIA ADM REFORMA EIRELI**, com sede no Espírito Santo; que a apólice estipulada pela empresa supostamente contratada para seus funcionários foi cancelada em razão de não haver comprovação de vínculo empregatício de seus supostos empregados; que **a Bradesco Seguro Saúde e diversos consumidores foram vítimas, tendo em vista haver denúncia contra a empresa, Vitória Adm. Reforma Eireli, sobre fraudes para comercializar plano de saúde**; que não há solidariedade entre a Bradesco Saúde, a corretora de seguros e a administradora, bem como que **a apólice foi cancelada pela própria empresa estipulante**. (fl. 480, e-STJ – grifou-se)

2. As rés WORLD MED (recorrida) e VANPER (recorrida) não contestaram o pedido, de modo que se tornou incontroverso nos autos o fato, admitido pela BRADESCO SAUDE (recorrida), de que EGIDIO (recorrente), como diversos outros consumidores, foi vítima da fraude perpetrada por Vitória Adm. Reforma Eireli para comercializar planos de saúde coletivos. A fraude foi assim descrita no voto condutor do acórdão recorrido:

No caso presente, **um grupo de fraudadores criaram pessoas jurídicas fictícias e para comercializarem planos de saúde coletivo por adesão**. Ocorre que o ardil foi descoberto, sendo objeto de inquérito policial inclusive. Não bastasse, tão logo descoberta a fraude, a estipulante requereu a resolução do contrato com a operadora do plano de saúde e ora recorrente.

Esse fato envolveu o autor da ação, beneficiado pela fraude, ainda que os autos careçam de provas de que conhecia a modalidade de plano que estaria contratando ou soubesse da fraude perpetrada pela estipulante. (fl. 490, e-STJ – grifou-se)

3. Diante desse cenário, o TJ/DFT entendeu que EGIDIO (recorrente) é beneficiário inelegível, porque “sequer existia a pessoa jurídica enumerada no art. 9º da Resolução 195/2009” (fl. 491, e-STJ), e concluiu, com fulcro no art. 248 do CC, que, “se a obrigação se tornar impossível em razão de fato não imputável ao devedor, a obrigação apenas resolve-se de pleno direito, ou seja, sem a possibilidade de imputar a qualquer das partes a responsabilidade pela extinção” (fl. 508, e-STJ).

4. É certo que o parágrafo único do art. 18 da Resolução Normativa 195/2009 da ANS (atual art. 24 da Resolução Normativa 557/2022) autoriza a operadora a excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da contratante, na hipótese de perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica estipulante (arts. 5º e 9º da RN 195/2009 - arts. 5º e 15 da RN 557/2022).

5. Sucede que, no particular, esse vínculo com a pessoa jurídica nunca existiu e, a despeito disso, o contrato foi devidamente cumprido, tanto pela BRADESCO SAUDE (recorrida) – que custeou diversos procedimentos médicos realizados pelo beneficiário – como por EGIDIO (recorrente) – que pagou todas as mensalidades –, por mais de 2 (dois) anos (período de 19/01/2018 a 19/05/2020), quando então este foi notificado do cancelamento.

6. E se o contrato foi devidamente cumprido pelas partes, por mais de 2 (dois) anos, de obrigação impossível não se trata e, portanto, não se lhe aplica a regra do art. 248 do CC, como o fez o TJ/DFT.

7. Soma-se a isso a circunstância de ter o beneficiário agido de boa-fé, tanto que foi registrado, no voto condutor do acórdão de apelação, que “toda a negociação ilícita foi engendrada por um grupo de fraudadores, sendo impossível imputar a qualquer das partes [BRADESCO SAUDE (recorrida) e EGIDIO (recorrente)] qualquer responsabilidade” (fl. 508, e-STJ).

8. Assim, ante a impossibilidade de se imputar a EGIDIO (recorrente) qualquer responsabilidade pela fraude na contratação do plano de saúde coletivo operado pela BRADESCO SAUDE (recorrida), não deve ele sofrer a consequência do cancelamento repentino do contrato, sem o aviso prévio devido.

9. Noutra toada, cabe ressaltar que incidem, na espécie, as regras do CDC (súmula 608/STJ), sendo certo que a BRADESCO SAUDE (recorrida), enquanto integrante da cadeia de fornecimento, não pode se eximir da responsabilidade perante o consumidor, nos termos do art. 14 do CDC, pela falha na prestação do serviço que culminou com a contratação fraudulenta do plano de saúde coletivo, sobretudo porque lhe cabia verificar a condição de elegibilidade de EGIDIO

(recorrente), além de ter obtido vantagem econômica ao receber o pagamento das respectivas mensalidades durante mais de 2 (dois) anos.

10. Dessa forma, conquanto seja admitida a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde operado pela BRADESCO SAUDE (recorrida), tal medida, com relação a EGIDIO (recorrente), beneficiário de boa-fé, deve observar a cláusula contratual 12.2.2.1, transcrita no acórdão recorrido, a qual prevê: “Após a vigência do período de doze meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus”.

11. É dizer: a fraude praticada por terceiro não exime a operadora de realizar a prévia notificação do usuário de boa-fé, antes de excluir ou suspender o serviço de assistência à saúde em virtude da inexistência do vínculo do titular com a pessoa jurídica estipulante.

12. Nessa toada, convém trazer à baila os fundamentos exarados pelo Desembargador Relator, no voto vencido:

É certo a existência de previsão da possibilidade de rescisão imotivada do contrato por qualquer das partes, após a vigência do período de doze meses, todavia, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, o que não está comprovada nos autos. Isso porque, observa-se dos documentos de IDs 40399690 e 40399691, que **a notificação de rescisão foi enviada à VITORIA ADM REFORMA EIRELI pessoa que não figura no polo passivo da presente ação**, não tendo a Ré [BRADESCO SAUDE (recorrida)] demonstrado qualquer relação entre a empresa Vitória e o Autor [EGIDIO (recorrente)], ônus que lhe incumbia. Portanto, com razão o Juízo sentenciante ao afirmar que inexistiu a ciência inequívoca do Autor [EGIDIO (recorrente)], principal interessado na continuidade dos serviços, que se encontrava em dia com o pagamento das suas mensalidades.

Em que pese a Apelante [BRADESCO SAUDE (recorrida)] afirmar que desconhece a VANPER CONSULTORIA E COBRANÇA EIRELI-ME, observa-se dos comprovantes juntados pelo Autor [EGIDIO (recorrente)] (ID 40395358) que os boletos das mensalidades eram emitidos por esta desde o início da vigência do contrato, e a própria Apelante [BRADESCO SAUDE (recorrida)] afirma que *“a inadimplência não foi o motivo do cancelamento da apólice do recorrido. A apólice foi cancelada a pedido da própria estipulante (ID nº 67988220)”*.

No presente caso, observa-se dos autos que **tanto a notificação realizada em 16/05/2018**, em que a Ré [BRADESCO SAUDE (recorrida)] solicitou a apresentação dos documentos comprobatórios dos vínculos dos beneficiários inscritos nas apólices (ID 40399691), **quanto a notificação de cancelamento do contrato, realizada em 17/07/2018, foram endereçadas à VITÓRIA, ADM REFORMA EIRELI ME, que não é parte na presente ação.**

A Ré [BRADESCO SAUDE (recorrida)] alega que Autor [EGIDIO (recorrente)] foi inserido como beneficiário de apólice coletiva estipulada pela empresa VITORIA ADM, a qual supostamente estaria contratando seguro para seus funcionários e que esta expressamente requereu o cancelamento da apólice contratada perante a Bradesco Saúde, juntando ao ID 40399688, o alegado pedido de desistência. Porém, observa-se que tal pedido foi realizado pela VITÓRIA, ADM REFORMA EIRELI ME, em 05/12/2019, e consoante já mencionado, é pessoa alheia à presente ação, **não estando minimamente**

comprovado nos autos qualquer relação contratual entre o Autor [EGIDIO (recorrente)] e empresa VITÓRIA, ADM REFORMA EIRELI ME.

No presente caso, verifica-se que a Ré [BRADESCO SAUDE (recorrida)] não se desincumbiu de seu ônus probatório, consoante determina o art. 373, inc. II, do CPC, visto que não trouxe aos autos qualquer documento que possa elidir as alegações vertidas na petição inicial, comprovando a relação contratual entre o Autor [EGIDIO (recorrente)] e empresa VITÓRIA, ADM REFORMA EIRELI ME.

Cabe acentuar que a alegação de existência de fraudes na contratação de planos de saúde coletivos não ilide as alegações do Autor [EGIDIO (recorrente)], visto que este contratou o plano operado pela Ré, tanto é que esta lhe enviou o Cartão Nacional de Saúde de ID 40395356, com vencimento em 11/2025, documento que não foi impugnado por ela. Além disso, observa-se que o Autor [EGIDIO (recorrente)] teve seu plano vigente por quase dois anos, desde janeiro de 2018, tendo ocorrido a sua notificação do cancelamento apenas em 19/05/2020.

Cabe acrescentar que a Operadora de saúde [BRADESCO SAUDE (recorrida)], antes de aprovar a inclusão do Autor [EGIDIO (recorrente)] como Segurado deveria aferir se este preenchia os requisitos aptos a enquadrá-lo em plano coletivo empresarial, analisando, por exemplo, a efetiva existência de vínculo entre o Autor [EGIDIO (recorrente)] e empresa estipulante, fato que não ocorreu. Assim, a Seguradora [BRADESCO SAUDE (recorrida)] deve assumir os riscos inerentes à atividade quando não adota procedimentos acautelatórios ao não empreender esforços para conferir a veracidade e procedência de informações prestadas pelo Estipulante, razão pela qual o Autor [EGIDIO (recorrente)] faz jus ao restabelecimento do plano de saúde, tendo em vista o descumprimento das exigências impostas pela lei, devendo restabelecer o contrato de plano de saúde, nas mesmas condições anteriores.

Diante disso, não procede a alegação da Ré [BRADESCO SAUDE (recorrida)] de que sua conduta foi irretocável, estando de acordo com o que prevê o contrato entre as partes e a legislação em vigência. (fls. 503-504, e-STJ – grifos no original)

13. Diante desse contexto, não merece prevalecer o voto divergente no julgamento da apelação, no sentido de “julgar improcedente o pedido inicial” (fl. 508, e-STJ), devendo ser parcialmente reformado o acórdão a fim de que seja julgado parcialmente procedente o pedido de EGIDIO (recorrente) para que se determine “a manutenção do plano de saúde até que seja formalmente rescindido, com a devida comunicação prévia do beneficiário” (fl. 561, e-STJ), em cumprimento ao que estabelece a cláusula 12.2.2.1 do contrato.

2. DISPOSITIVO

Forte nessas razões, CONHEÇO E DOU PROVIMENTO ao recurso especial para julgar parcialmente procedente o pedido de EGIDIO DANTAS DA GAMA, a fim de determinar a manutenção do plano de saúde até que seja formalmente rescindido o contrato, com a devida comunicação prévia do beneficiário.