



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2190906 - DF (2025/0000420-0)

RELATORA : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**
R.P/ACÓRDÃO : **MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CONTRATO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. MODALIDADE. ATÉ TRINTA BENEFICIÁRIOS. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. PREQUESTIONAMENTO FICTO. LITISCONSÓRCIO NECESSÁRIO. OBRIGATORIEDADE. AUSÊNCIA. USURPAÇÃO DE COMPETÊNCIA. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. NÃO OCORRÊNCIA. CLÁUSULA. RESCISÃO IMOTIVADA POR PARTE DA OPERADORA. NULIDADE. RESCISÃO IMOTIVADA PELO CONSUMIDOR ANTES DO PRAZO DE 12 MESES. PAGAMENTO DE MULTA. VALIDADE.

1. A controvérsia dos autos resume-se em definir (i) se houve falha na prestação jurisdicional; (ii) a obrigatoriedade da formação de litisconsórcio passivo necessário; (iii) o limite da competência da Agência Nacional de Saúde; (iv) a nulidade de cláusulas do contrato de plano de saúde coletivo com até 30 (trinta) vidas.

2. Por força do disposto no artigo 1.025 do Código de Processo Civil, consideram-se prequestionadas as matérias de direito alegadas em embargos de declaração.

3. Na hipótese, a pretensão não inclui o controle de legalidade de ato administrativo, de modo que não se mostra obrigatória a formação de litisconsórcio necessário com a Agência Nacional de Saúde - ANS.

4. A discussão acerca da validade de cláusulas contratuais e da legalidade de normas de regulação não implica usurpação de competência da Agência Nacional de Saúde - ANS.

5. Nos termos da jurisprudência desta Corte, é nula a cláusula do contrato de plano de saúde coletivo com menos de 30 (trinta) vidas que permite a rescisão imotivada por parte da operadora.

6. É válida a cláusula que permite ao consumidor a rescisão do contrato imotivadamente antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses, condicionada ao pagamento de multa no valor de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do prazo mínimo de vigência.

7. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, prosseguindo no julgamento, após o voto-vista divergente do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva e o realinhamento parcial do voto da Sra. Ministra Nancy Andrighi, por maioria, dar parcial provimento ao recurso especial, em menor extensão, nos termos do voto do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, que lavrará o acórdão. Vencidos os Srs. Ministros Daniela Teixeira e Humberto Martins. Participaram do julgamento os Srs. Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro e Daniela Teixeira.

Brasília, 09 de dezembro de 2025.

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2190906 - DF (2025/0000420-0)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. CONTRATO COM CLÁUSULAS DE FIDELIDADE E OBRIGAÇÃO DE AVISO PRÉVIO E PAGAMENTO DE MULTA EM CASO DE RESILIÇÃO UNILATERAL ANTECIPADA PELA PESSOA JURÍDICA ESTIPULANTE. AÇÃO CIVIL PÚBLICA QUE DECLAROU A NULIDADE DO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 17 DA RN 195/2009 DA ANS. PLANO DE SAÚDE COM MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS. CLÁUSULAS CONTRATUAIS ABUSIVAS.

I. Hipótese em exame

1. Ação civil pública ajuizada em 29/06/2021, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 19/08/2024 e concluso ao gabinete em 22/01/2025.

II. Questão em discussão

2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e sobre a validade das cláusulas que estabelecem, em plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 vidas, a obrigação de aviso prévio de 60 dias e o pagamento de multa equivalente a 50% do contrato, em caso de resilição, pelo estipulante, antes de completados 12 meses de vigência do contrato.

III. Razões de decidir

3. 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.

4. A despeito de a atual norma regulamentadora da ANS (RN 557/2022) não proibir a cláusula de fidelidade com dever de aviso prévio e imposição de multa contratual, deve ser reconhecida a sua abusividade, a partir da anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 da ANS (Ação Civil Pública nº

136265-83.2013.4.02.51.01/RJ), quando – frise-se – o contrato de plano de saúde coletivo contar com menos de 30 beneficiários, tendo em vista a sua reconhecida vulnerabilidade, a atrair a incidência do CDC.

5. A mesma regra não se aplica aos contratos de plano de saúde firmados entre a operadora e a pessoa jurídica estipulante que conte com mais de 30 (trinta) beneficiários, na medida em que, consoante já decidiu esta Corte, a eles não se aplica o CDC, por se tratar de relação tipicamente comercial.

III. Dispositivo

6. Recurso especial conhecido e desprovido.

Dispositivos citados: art. 1.022 do CPC/2015; art. 17 da Resolução Normativa 195/2009 da ANS; art. 23 da Resolução Normativa 557/2022 da ANS.

RELATÓRIO

Examina-se recurso especial interposto por AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A., fundamentado nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional.

Ação: civil pública, ajuizada pelo MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO DEFEERAL E TERRITÓRIOS em face de AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S. A., pretendendo a declaração de nulidade da cláusula contratual que estabelece, para o estipulante, a “obrigatoriedade de aviso prévio remunerado de 60 (sessenta) dias, mais a incidência de uma multa equivalente a 50% (cinquenta por cento das prestações restantes do contrato), por rescisão unilateral do contrato nos primeiros 12 meses, na modalidade empresarial voltado para micro e pequena empresa (PME até 30 vidas)” ou a redução da multa fixada no contrato ao percentual de 10% (dez por cento), bem como a “devolução em dobro dos valores cobrados a título de multa contratual, ou do valor remanescente para o caso de reconhecida sua exorbitância” (fl. 22, e-STJ).

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou procedente, em parte, o pedido para “declarar a nulidade da cláusula 23.2.1 constante do ‘contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar pessoa jurídica 118B’ (ID nº 96122496), no que se refere à exigência de permanência do estipulante por 60 dias até o efetivo cancelamento” (fl. 833, e-STJ).

Acórdão: o TJ/DFT, por unanimidade, negou provimento à apelação da AMIL e deu provimento à do MPDFT para declarar a nulidade da cláusula 23.3 do contrato ID 44812178, que estipula a multa rescisória. Eis a ementa do acórdão:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITO DO CONSUMIDOR. DIREITOS INDIVIDUAIS HOMOGÊNEOS. PRELIMINAR. CERCEAMENTO DE DEFESA.

INTERVENÇÃO ANS. REJEIÇÃO. MÉRITO. CONTRATO EMPRESARIAL DE SAÚDE. MICRO E PEQUENA EMPRESA. REDUZIDO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS. FALSO COLETIVO. SIMETRIA AOS CONTRATOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES. RESCISÃO. EXIGÊNCIA DE FIDELIZAÇÃO POR 12 (DOZE) MESES. COMUNICAÇÃO PRÉVIA. ABUSIVIDADE. ILEGALIDADE RECONHECIDA NA ACP Nº 136265-83.2013.4.02.51.01 ART. 17 DA RN Nº 195/2009, ANS. REVOGAÇÃO. IMPOSIÇÃO DE MULTA DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR DO CONTRATO. PRESTAÇÃO EXCESSIVAMENTE ONEROSA AO CONSUMIDOR. VANTAGEM PECUNIÁRIA FORNECEDOR. ABUSIVIDADE. NULIDADE.

1. Rejeita-se a preliminar de cerceamento de defesa, porquanto a produção de outras fontes de prova que não têm o condão de alterar o contexto e a realidade fática, sendo suficientes os documentos acostados aos autos para a solução da controvérsia.

2. Dispensa-se a intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na presente demanda, visto que houve reiterado encaminhamento de ofício solicitando a manifestação acerca de seu interesse na lide, entretanto, a agência reguladora ficou-se inerte.

3. Mérito. Apresente demanda visa a defesa dos direitos individuais homogêneos nas relações de consumo, em face dos usuários do seguro de saúde oferecido pela operadora (art. 81, do CDC). Inquestionável, portanto, a incidência do Código de Defesa do Consumidor, bem assim, as diretrizes e premissas contidas no microsistema de defesa do consumidor, os quais devem embasar a análise da matéria debatida.

4. Na Ação Civil Pública nº 136265-83.2013.4.02.51.01/RJ, considerou-se nulo o art. 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS, de abrangência nacional, nos seguintes termos: “(...)A autorização, concedida pelo artigo 17 da RN/ANS 195/2009, para que os planos de saúde coletivos estabeleçam, em seus contratos, cláusulas de fidelidade de doze meses, com cobrança de multa penitencial, caso haja rescisão antecipada dentro desse período, viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso, bem como enseja à prática abusiva ao permitir à percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde, ao arrepio dos incisos II e IV, do art. 6º, do CDC”.

5. De tal sorte, no caso dos autos, a controvérsia consiste em apreciar a legalidade da cláusula contratual de adesão na modalidade empresarial voltada para micro e pequena empresa, que imputa o pagamento de multa de 50% (cinquenta por cento) em caso de rescisão anterior a 12 (doze) meses de vigência do serviço fornecido, juntamente com a comunicação prévia de 60 (sessenta) dias.

6. A jurisprudência do c. STJ sufragou o entendimento de que, nos contratos de seguro de saúde firmados por micro e pequenas empresas que envolvam reduzido número de beneficiários, devem ocorrer mitigações, podendo ser aplicada a sistemática dos planos individuais e/ou familiares no tocante às

cláusulas contratuais que versem sobre rescisão, por se tratar de “falso coletivo” (AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.137.152/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 2/4/2019, DJe de 15/4/2019.)

7. O art. 51, inciso IV, do CDC dispõe que são nulas de pleno direito as cláusulas contratuais que “estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”. Na mesma linha, o CDC considera como nula as cláusulas que “autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor” (art. 51, inciso XI).

8. Desta feita, não há como se reputar válida cláusula contratual que impute o pagamento de multa por parte do consumidor, de metade do valor do contrato, em favor da operadora de plano de saúde, caso pretenda rescindir antecipadamente o pacto.

9. Logo, revela-se indissociável a abusividade das cláusulas do contrato de seguro de saúde empresarial de micro e pequena empresa, que estipule o pagamento de multa, porquanto se trata de previsão manifestamente abusiva e contrária aos princípios da boa-fé e equidade, gerando enriquecimento indevido à operadora de saúde e, em contrapartida, desvantagem exagerada ao consumidor.

10. Negou-se provimento ao apelo da ré. Provimento do recurso do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

Embargos de declaração: opostos pela AMIL, foram rejeitados.

Recurso especial: aponta violação dos arts. 1.022, II, 114 e 115, I, do CPC, do art. 4º, II, da Lei 9.961/2000, bem como dissídio jurisprudencial.

A par da negativa de prestação jurisdicional, sustenta a necessidade de participação da ANS como litisconsorte passivo necessário, “(i) tanto por força da ‘natureza da relação jurídica controvertida’, que diz respeito ao arcabouço regulatório da Agência; (ii) como também em razão da ‘eficácia da sentença’ a ser proferida na ação, que deve ser idêntica a todas as centenas de operadoras que atuam no setor” (fl. 1.260, e-STJ).

Alega a usurpação do poder regulatório atribuído à ANS, argumentando que é a agência reguladora que “autoriza e valida a cláusula contratual cuja nulidade foi declarada pelo v. acórdão recorrido” e estabelece “as características gerais dos contratos de plano de saúde” (fl. 1.265, e-STJ).

Pleiteia, ao final, o provimento do recurso especial para anular o acórdão recorrido, ante a necessidade de deslocamento da competência para a Justiça Federal – a partir do ingresso da ANS e da União no processo – e a negativa de prestação jurisdicional, ou para reformá-lo, a fim de que se reconheça “a validade

das disposições que preveem a vigência mínima de 12 meses e o aviso prévio de 60 dias para a rescisão imotivada dos contratos coletivos de plano de saúde oferecidos pela Amil, na modalidade micro e pequenas empresas” (fl. 1.273, e-STJ).

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

Parecer do MPF: da lavra do Subprocurador-Geral da República Paulo Gilberto Cogo Leivas, pelo conhecimento parcial e desprovimento do recurso especial.

É o relatório.

VOTO

O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e sobre a validade das cláusulas que estabelecem, em plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 vidas, a obrigação de aviso prévio de 60 dias e o pagamento de multa equivalente a 50% do contrato, em caso de rescisão, pelo estipulante, antes de completados 12 meses de vigência do contrato.

1. DA NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL

1. 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: REsp n. 2.095.460/SP, Terceira Turma, DJe de 15/2/2024 e AgInt no AREsp n. 2.325.175/SP, Quarta Turma, DJe de 21/12/2023.

2. No particular, afirma a AMIL que o TJ/DFT não se pronunciou acerca “(i) do risco de desregulamentação do setor e dos danos concorrenciais causados à Amil e (ii) dos efeitos que a conclusão jurídica tomada nessa ação civil pública geraria ao papel regulamentador da ANS (ID. 55121041)” (fl. 1.255, e-STJ).

3. No entanto, da leitura do acórdão recorrido extrai-se, sobre essas questões, o seguinte:

Da preliminar de intervenção da ANS e remessa dos autos à Justiça Federal

A apelante sustenta ser indispensável a intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos presentes autos, com a conseqüente remessa do feito à Justiça Federal.

Igualmente não lhe assiste razão.

Cuida-se de ação civil pública interposta pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios em desfavor de empresa operadora de saúde, tendo em vista os direitos individuais indisponíveis - vida e saúde - que merecem ser protegidos e assegurados.

A referida agência reguladora é vinculada ao Ministério da Saúde e é responsável pelos planos de saúde no Brasil. Depreende-se do sítio eletrônico da ANS as seguintes competências:

(...)

Da leitura supramencionada, observa-se que a agência reguladora atua nas diretrizes de políticas públicas voltadas à assistência de saúde suplementar.

Contudo, não se vislumbram motivos suficientes que justifiquem a intervenção na ANS nos autos, porquanto a apreciação de eventual cláusula contratual que se mostre abusiva aos consumidores deverá ter como embasamento a legislação de regência, e, precipuamente, a Constituição Federal.

Demais disso, compulsando os autos, constata-se que foi encaminhado Ofício à ANS, solicitando manifestação sobre eventual interesse na demanda (Id nº 44812275), o qual foi recebido pela agência reguladora, entretanto, não houve qualquer resposta ao juízo de origem, consoante certidão de Id nº 44812285.

Por tais razões, rejeito a preliminar de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar. (fls. 1.076-1.078, e-STJ – grifou-se)

Por fim, vale acrescentar que, como bem destacado nas contrarrazões, o embargante traz novas teses no bojo dos embargos de declaração para obtenção de pronunciamento judicial (I - ocorrência de reciprocidade das cláusulas declaradas nulas em favor da empresa ré; II - risco de desregulamentação e dos danos concorrenciais que serão causados ao setor da saúde suplementar pelo desfecho dessa lide e III - efeitos da decisão no papel regulamentador da ANS), o que não merece prosperar. (fl. 1.220, e-STJ – grifou-se)

4. Verifica-se, assim, sem adentrar no acerto ou desacerto do julgamento, que foi devidamente analisada e discutida a questão de mérito, estando suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional.

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

2. DA VALIDADE DAS CLÁUSULAS 23.2.1 e 23.3 DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

6. Segundo o TJ/DFT, na contratação do plano de saúde coletivo empresarial, “as cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de adesão da requerida [AMIL (recorrente)] estabelecem multa rescisória nos casos de cancelamento do contrato em período anterior a 12 meses, no valor de 50% do contrato, mais permanência de aviso prévio de 60 dias (ID nº 96122496)” (fl. 1.037, e-STJ).

7. As cláusulas, transcritas no acórdão recorrido, estão assim redigidas:

23.2 – Para fins de rescisão do contrato, fica certo entre as partes que:

23.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

(...)

23.3 – Caso a CONTRATANTE extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, **antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à AMIL no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência**, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a critério exclusivo da AMIL, mediante prévio aviso à CONTRATANTE. (fl. 1.079, e-STJ – grifou-se)

8. Sobre a rescisão do contrato ou suspensão da cobertura nos planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial, estabelecia o parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa 195/2009 da ANS, o seguinte:

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. **Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.** (Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01). (Anulado pela RN nº 455, de 30/03/2020)

9. A norma, todavia, foi revogada pela Resolução Normativa 455/2020 da ANS, em cumprimento ao determinado pelo TRF/2ª Região, na Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, cujo pedido foi julgado procedente para:

a) **Declarar nulo o parágrafo único do artigo 17 da RN 195, de 14 de julho de 2009, da ANS, autorizando, de conseguinte, que os consumidores possam rescindir o contrato sem que lhe sejam impostas multas contratuais em razão da fidelidade de 12 meses de permanência e 2 meses de pagamento antecipado de mensalidades, impostas no ato administrativo viciado;**

b) Condenar a Ré à obrigação de publicar, às suas custas, em dois jornais de grande circulação, em quatro dias intercalados, a parte dispositiva deste julgado de modo a conferir aos consumidores o direito de informação;

c) Condenar a Ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, na ordem de 10 % sobre o valor da causa. (grifou-se)

10. Como destacado nestes autos pelo Juízo de primeiro grau, o TRF/2ª Região, no voto condutor do acórdão de apelação da referida ação civil pública, confirmou a abusividade do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 da ANS, com os seguintes fundamentos:

De outro lado, cumpre ressaltar que a autorização, concedida pelo artigo 17 da RN/ANS 195/2009, para que os planos de saúde coletivos estabeleçam, em seus contratos, **cláusulas de fidelidade de doze meses, com cobrança de multa penitencial, caso haja rescisão antecipada dentro desse período, viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso**, bem como **enseja à prática abusiva ao permitir à percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde**, ao arremetimento dos incisos II e IV, do art. 6º, do CDC.

Diante de tal quadro, restou configurada a abusividade do art. 17 da Resolução Normativa da ANS nº 195, na medida em que tal dispositivo deixa os usuários de plano de saúde em situação de desvantagem em relação as operadoras e **obrigam o consumidor, sob pena de suportar penalidades, a permanecer vinculado a determinado plano de saúde, mesmo que este não atenda mais suas necessidades**. (fl. 832, e-STJ – grifos no original)

11. Atualmente, a Resolução Normativa 557/2022 da ANS, que revogou a Resolução Normativa 195/2009, prevê, em seu art. 23, que “as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes”.

12. Em nota publicada em sua página eletrônica, a ANS assim se manifestou sobre o cancelamento e rescisão dos contratos coletivos, considerando a anulação do parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa 195/2009:

Mudança na regulação motivada por ação do Procon RJ

Em fevereiro de 2014, a 18ª Vara Federal da 2ª Região julgou procedente uma ação civil pública (processo nº [0136265-83.2013.4.02.5101](#)) do Procon Estadual do Rio de Janeiro (Procon-RJ) contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A decisão determinou a anulação do parágrafo único do art. 17 do normativo que até então tratava da rescisão de contratos - a Resolução Normativa 195/2009. Tal parágrafo estabelecia que os contratos de planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderiam ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Tal medida, que pretendia dar ao consumidor o direito de rescindir o contrato a qualquer tempo, acabou por dar às operadoras o mesmo direito, pondo fim a uma situação de segurança para o beneficiário que antes tinha garantida a vigência de pelo menos 12 meses. A Resolução Normativa 195/2009 foi substituída pela RN 557/2022, a qual manteve parte da redação do artigo 17 em seu artigo 23:

"Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes".

Assim sendo, mesmo com a anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009, as operadoras permaneceram obrigadas a dispor no contrato coletivo (empresarial ou por adesão) em que condições pode ocorrer a suspensão ou rescisão do contrato, observadas as regras previstas no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa

do Consumidor. (informação extraída de: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/nota-da-ans-sobre-cancelamento-e-rescisao-de-contratos>, acesso em 31/03/2025)

13. Apesar dessa manifestação da ANS, concedendo ampla liberdade às operadoras para dispor sobre a rescisão unilateral do contrato, as Turmas de Direito Privado do STJ firmaram o entendimento de que “o plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias” (AgInt no AREsp 2.019.728/MS, Terceira Turma, julgado em 20/3/2023, DJe de 24/3/2023; AgInt no AREsp n. 2.353.453/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 27/11/2023, DJe de 1/12/2023).

14. No entanto, quando se trata especificamente de plano de saúde coletivo com menos de 30 (trinta) beneficiários, a jurisprudência da Segunda Seção orienta que “a rescisão deve ser devidamente motivada, incidindo a legislação consumerista” (REsp 1.692.594/SP, Segunda Seção, julgado em 12/2/2020, DJe de 19/2/2020).

15. Nessa toada, a Quarta Turma, recentemente, analisou a questão, sob a ótica do comando extraído da mencionada ação civil pública, ocasião em que assim decidiu:

Trata-se, na origem, de **ação declaratória por meio da qual Nova Floresta Serviços Ltda – EPP procura afastar a exigência de notificação prévia, com antecedência de 60 (sessenta) dias, para a rescisão de contrato coletivo de plano de saúde. O Tribunal de origem julgou improcedente o pedido. Anotou, primeiro, que, após a anulação “do art. 17, parágrafo único, da RN nº 195/2009 da ANS, em razão da decisão judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01 (...) as condições de rescisão unilateral da avença [passaram a ser] regidas por aquilo que consta do contrato”.**

Destacou, em seguida, que o contrato celebrado entre as partes, na Cláusula n. 21.2.2., “dispõe que, após o decurso da vigência inicial do contrato, o mesmo poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência”.

Concluiu, então, que, havendo cláusula contratual prevendo a obrigação de notificação prévia e tratando-se de contrato coletivo típico, com mais de 60 (sessenta) beneficiários, seria inviável a aplicação do Código de Defesa do Consumidor à espécie, a fim de se considerar abusiva a disposição contratual questionada. Cita-se do aresto:

(...)

O acórdão recorrido, pois, está em conformidade com o entendimento desta Corte Superior, segundo a qual “[a] demanda entre empregador e a operadora do plano de saúde coletivo não se rege pelo CDC, ressalvada a hipótese em que o contrato conta com menos de 30 (trinta) beneficiários, situação que revela a condição de vulnerabilidade do estipulante” (REsp 1.830.065/SP, Relatora Ministra Nancy Andriighi, Terceira Turma, julgado em 17/11/2020, DJe de 19/11/2020). No mesmo sentido:

(...)

Desse modo, tratando-se de relação tipicamente comercial, sem incidência das normas protetivas do CDC, o julgamento proferido em ação civil pública ajuizada por Instituto de Defesa do Consumidor não pode aproveitar à parte.

Assim, ante a conformidade do acórdão recorrido com a jurisprudência desta Corte, incide o óbice da Súmula 83/STJ (“Não se conhece do recurso especial pela divergência, quando a orientação do Tribunal se firmou no mesmo sentido da decisão recorrida”).

Não se cogita, ademais, a aplicação da Resolução ANS n. 557/2022, pois não pode alcançar fato ocorrido antes da sua vigência. (AgInt nos EDcl nos EDcl no AREsp 2.250.450/RJ, Quarta Turma, julgado em 9/10/2023, DJe de 16/10/2023 – grifou-se)

16. Daí se infere que, a despeito de a atual norma regulamentadora da ANS não proibir a cláusula de fidelidade com dever de aviso prévio e imposição de multa contratual, deve ser reconhecida a sua abusividade, a partir da anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 da ANS pelo TRF/2ª Região, quando – frise-se – o contrato de plano de saúde coletivo contar com menos de 30 beneficiários, tendo em vista a sua reconhecida vulnerabilidade, a atrair a incidência do CDC (REsp n. 1.692.594/SP, Segunda Seção, julgado em 12/2/2020, DJe de 19/2/2020; AgInt nos EDcl no REsp n. 1.770.622/SP, Terceira Turma, julgado em 17/6/2024, DJe de 21/6/2024; AgInt no AREsp n. 2.085.003/SP, Quarta Turma, julgado em 15/8/2022, DJe de 18/8/2022).

17. Importante ressaltar, na linha do que decidiu a Quarta Turma, que a mesma regra não se aplica aos contratos de plano de saúde firmados entre a operadora e a pessoa jurídica estipulante que conte com mais de 30 (trinta) beneficiários, na medida em que, consoante já decidiu esta Corte, a eles não se aplica o CDC, por se tratar de relação tipicamente comercial (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.770.622/SP, Terceira Turma, julgado em 17/6/2024, DJe de 21/6/2024; REsp n. 1.830.065/SP, Terceira Turma, julgado em 17/11/2020, DJe de 19/11/2020).

18. Por todo o exposto, deve ser mantida, no particular, a declaração de nulidade das cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de adesão estabelecido pela AMIL (recorrente) e celebrado com pessoa jurídica (estipulante) com menos de 30 beneficiários a ela vinculados.

3. DISPOSITIVO

Forte nessas razões, CONHEÇO E NEGÓ PROVIMENTO ao recurso especial.

Deixo de majorar os honorários de sucumbência, visto que não foram arbitrados em desfavor da parte recorrente no julgamento do recurso pelo Tribunal de origem.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2025/0000420-0

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.190.906 / DF

Números Origem: 07224205120218070001 7224205120218070001

PAUTA: 20/05/2025

JULGADO: 20/05/2025

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. LINDÔRA MARIA ARAÚJO

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
ADVOGADA : ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - Planos de saúde

SUSTENTAÇÃO ORAL

Dr. YURI MACIEL ARAUJO, pela RECORRENTE: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

CERTIDÃO

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

Após o voto da Sra. Ministra Nancy Andrichi, negando provimento ao recurso especial, pediu vista antecipada a Sra. Ministra Daniela Teixeira. Aguardam os Srs. Ministros Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Moura Ribeiro.

 2025/0000420-0 - REsp 2190906

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2025/0000420-0

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.190.906 / DF

Números Origem: 07224205120218070001 7224205120218070001

PAUTA: 09/09/2025

JULGADO: 09/09/2025

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUBERTO MARTINS

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. EDUARDO KURTZ LORENZONI

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
ADVOGADA : ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

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:

Retirado de Pauta por indicação da Sra. Ministra Daniela Teixeira.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2190906 - DF (2025/0000420-0)

RELATORA : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**
RECORRENTE : **AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.**
ADVOGADOS : **SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468**
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO -
RJ205716
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
RECORRIDO : **MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E**
TERRITÓRIOS

VOTO-VOGAL

O EXMO. SR. MINISTRO HUMBERTO MARTINS:

Cuida-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A. contra acórdão do TRF-2, em ação civil pública de iniciativa do Ministério Público Federal.

A controvérsia recursal diz respeito a eventual abusividade de cláusula contratual, que previa permanência por 60 dias do segurado e pagamento de multa equivalente a 50% do valor das parcelas não vencidas do contrato de 12 meses.

A relatora, Ministra Nancy Andrighi, negou provimento ao recurso especial por entender que a cláusula seria abusiva.

Por seu turno, a Ministra Daniela Teixeira inaugurou divergência por entender que o parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa n. 195/2009 impunha a obrigação de que constasse dos contratados a vigência mínima de 12 meses, até mesmo como forma de proteger o consumidor, uma vez que a sentença da ACP nº 0136265-83.2013.4.02.5101 não reconheceu expressamente a abusividade da cláusula e considerou válidas as cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato.

Assim, extrai-se que a única consequência das alterações supervenientes das normas da ANS é a de que a vigência mínima pelo prazo de 12 meses deixou de ser cláusula cogente nos contratos regulados.

Após o voto apresentado pelo Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva para declarar a validade da cláusula 23.3, a Relatora, Ministra Nancy Andrighi, realinhou seu voto para com o dele convergir.

Ante o exposto, peço vênua à Relatora, Ministra Nancy Andrighi, para acompanhar a divergência inaugurada pela Ministra Daniela Teixeira, dando parcial provimento ao recurso especial, a fim de reformar o acórdão e reconhecer a validade das cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de adesão referente à cobertura de assistência médica e hospitalar de pessoa jurídica com até 30 beneficiários da recorrente, mantendo somente a nulidade da expressão "imotivadamente" da cláusula 23.2.1 para a recorrente. Assim, somente a contratante terá o direito de rescindir o contrato imotivadamente após o período de 12 meses e com aviso prévio de 60 dias.

É como penso. É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2190906 - DF (2025/0000420-0)

RELATORA : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**
RECORRENTE : **AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.**
ADVOGADOS : **SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468**
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
RECORRIDO : **MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS**

VOTO-VISTA

Trata-se de recurso especial interposto pela empresa AMIL ASSISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. contra acórdão do TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS, que negou provimento à sua apelação e deu provimento à apelação do Ministério Público.

Colhe-se dos autos que o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios ajuizou ação civil pública com o objetivo de anular as cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de adesão de cobertura de assistência médica e hospitalar de pessoa jurídica para até 30 vidas da Amil, ora recorrente.

As cláusulas têm os seguintes termos:

23.2 – Para fins de rescisão do contrato, fica certo entre as partes que:

23.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. (...)

23.3 – Caso a CONTRATANTE extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à AMIL no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações

e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a critério exclusivo da AMIL, mediante prévio aviso à CONTRATANTE.

Em primeira instância, o Magistrado julgou a ação civil pública parcialmente procedente para declarar tão somente a nulidade da cláusula 23.2.1 no que tange à exigência de permanência do estipulante por 60 dias até o efetivo cancelamento. O argumento utilizado pelo Magistrado de primeira instância foi o de que a mencionada cláusula *"não encontra mais respaldo na legislação"*, pois a redação do parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS foi anulada pela Resolução Normativa n. 455/2020 da ANS, em cumprimento à decisão proferida na Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.5101, e a previsão desta cláusula no contrato afrontava o decidido na mencionada ACP (e-STJ fls. 831-832). Por outro lado, o Magistrado entendeu que a cláusula 23.3 não era ilegal, pois, nos termos da jurisprudência deste col. STJ, a rescisão imotivada do contrato de plano de saúde somente pode acontecer após o cumprimento do prazo de 12 meses (e-STJ fl. 832).

Interpostas apelações por ambas as partes, o Tribunal de origem entendeu por manter a decisão do Magistrado quanto à ilegalidade da cláusula 23.2.1 e reconheceu a ilegalidade da cláusula 23.3.

Para tanto, o Tribunal partiu das premissas de que o mencionado contrato de adesão deveria ser regulado pelo Código de Defesa do Consumidor e de que o art. 17 da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS - que determinava que as cláusulas deveriam constar dos contratos de adesão das operadoras de plano de saúde - foi revogado por força da decisão na ACP nº 0136265-83.2013.4.02.5101, na qual se considerou que o teor daquele artigo violava o direito e a liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso e permitia a percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional pela operadora (e-STJ fls. 1049-1051).

Assim, o Tribunal entendeu que, nos termos do art. 51, inc. IV e XI, do CDC, *"a previsão contratual em tela denota-se como contrária ao princípio da boa-fé e ao princípio da equidade, na medida em que a rescisão antecipada do contrato gera ao consumidor uma obrigação desproporcional, em notória contrapartida pecuniária à fornecedora de seguro de saúde"* (e-STJ fs. 1052-1053).

E complementou: *"não há como se reputar válida cláusula contratual que impute o pagamento de multa por parte do consumidor de metade do valor do contrato em favor da operadora de plano de saúde, caso pretenda rescindir antecipadamente o*

pacto. Isso porque, tal previsão destoa do legitimamente esperado ao celebrar contratos voltados para o fornecimento de serviços de saúde, na medida em que o consumidor, muitas vezes, se vê obrigado a permanecer vinculado à empresa até que seja ultrapassado o prazo de doze meses, a fim de evitar o pagamento de multa, para, então, solicitar o encerramento do vínculo contratual. Essa contrapartida é, notadamente, abusiva e gera uma desvantagem ao consumidor, proporcionando à operadora de plano de saúde a obtenção de vantagem pecuniária pela simples desistência do segurado em não mais manter o vínculo com o seguro de saúde" (e-STJ fl. 1053).

Contra este acórdão, a Amil interpôs o presente recurso especial, com base no art. 105, inc. III, alíneas a e c, da CF, alegando, em síntese: (i) *negativa de vigência ao art. 1.022, inc. II, do CPC*, pois o acórdão que julgou os embargos de declaração não sanou omissões do acórdão que julgou a apelação; (ii) *negativa de vigência aos arts. 114 e 115, inc. I, do CPC*, pois, mesmo diante da relevância e das consequências do resultado do julgamento da ACP para o mercado de seguros de saúde, o acórdão afastou a preliminar de necessidade de participação da ANS; (iii) *negativa de vigência ao art. 4º, inc. II, da Lei n. 9.961/00*, pois, em que pese a responsabilidade da regulação do setor ser exclusivamente da ANS, o acórdão entendeu possível afirmar a nulidade de cláusulas de forma geral e abstrata dos contratos de adesão da recorrente e (iv) *divergência de interpretação* a respeito da validade das cláusulas em questão entre o acórdão recorrido e o acórdão da 3ª Turma do STJ, que, ao julgar o AgInt no AREsp nº 2.019.728, entendeu que eram válidas as mencionadas cláusulas (e-STJ fls. 1248-1273).

O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios apresentou contrarrazões argumentando que o recurso não deve ser conhecido, pois não houve prequestionamento e não foi corretamente demonstrada a divergência jurisprudencial. Subsidiariamente, no mérito, deve ser negado provimento ao recurso, pois, com a revogação do art. 17 da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, *"não se duvida que, ..., as operadoras podem estabelecer as condições de rescisão do contrato, mas não mais podem estipular cláusulas declaradas nulas por aquela ação e extirpada pela ANS e, ainda, devem observância às disposições do CDC, razão pela qual, em todo e qualquer contrato, devem as cláusulas ser analisadas diante de sua legalidade no âmbito das regras consumeristas"* (e-STJ fl. 1303).

O Tribunal de origem admitiu o recurso especial (e-STJ fls. 1311-1313).

A em. Relatora, Ministra Nancy Andrighi, proferiu voto conhecendo, mas negando provimento ao recurso especial. A em. Ministra entendeu que não se verificou a alegada omissão no acórdão que julgou a apelação, afastando a negativa de

vigência ao art. 1022, inc. II, do CPC. Ademais, entendeu que ambas as cláusulas eram inválidas, pois a orientação jurisprudencial da 2ª Seção é de que, em contratos com menos de 30 beneficiários, a rescisão deve ser devidamente motivada, incidindo a legislação consumerista e, assim, em que pese a norma regulamentadora da ANS não proíba as cláusulas, *"deve ser reconhecida a sua abusividade, a partir da anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 da ANS pelo TRF/2ª Região, quando... o contrato de plano de saúde coletivo contar com menos de 30 beneficiários, tendo em vista a sua reconhecida vulnerabilidade, a atrair a incidência do CDC"*.

Em 09 de setembro de 2025, pedi vista para melhor análise do caso (e-STJ fl. 1347).

É o relatório.

Após acurada análise dos autos, concordo com a em. Relatora quanto à inexistência de negativa de vigência ao art. 1.022, inc. II, do CPC.

Afasto a negativa de vigência aos arts. 114 e 115, inc. I, do CPC, pois, na medida em que a controvérsia é a apreciação da legalidade e da legitimidade de cláusulas contratuais, a eficácia da sentença desta ação civil pública não depende da citação da ANS, conforme exigido pela letra do art. 114. Ademais, conforme informado no acórdão recorrido, *"foi encaminhado Ofício à ANS, solicitando manifestação sobre eventual interesse na demanda (Id nº 44812275), o qual foi recebido pela agência reguladora, entretanto, não houve qualquer resposta ao juízo de origem, consoante certidão de Id nº 44812285"* (e-STJ fl. 1048).

Afasto ainda a negativa de vigência ao art. 4º, inc. II, da Lei n. 9.961/00, que dispõe que compete à ANS *"estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras"*. Isto porque esta competência da mencionada agência não retira a possibilidade do Poder Judiciário analisar se determinadas cláusulas utilizadas por uma operadora de plano de saúde em seus contratos de adesão estão ou não de acordo com a legislação aplicável e foi exatamente o que fez o Tribunal de origem.

Porém, com a devida vênia, entendo de forma diversa da em. Relatora quanto à validade das cláusulas contratuais objeto da controvérsia, razão pela qual dirijo de sua Excelência para dar parcial provimento ao recurso especial.

Dê início, é preciso constatar que está presente a divergência de interpretação, que permite conhecer o recurso especial nesta parte.

O acórdão recorrido entendeu que as cláusulas do contrato de adesão da Amil, que (i) exigia um período de 12 meses para a rescisão unilateral imotivada e notificação prévia de 60 dias para rescisão após este período e (ii) estipulava multa de

50% do valor das contraprestações não vencidas em caso de rescisão unilateral da contratante antes dos 12 meses, além de não terem mais respaldo no ordenamento jurídico, eram abusivas, nos termos do Código de Defesa do Consumidor.

De outro lado, o acórdão paradigma trazido pela recorrente, prolatado por esta col. 3ª Turma, que julgou o AgInt no AREsp 2.019.728, entendeu que o Tribunal de origem daquele caso havia julgado de acordo com a jurisprudência deste STJ, para a qual *"o plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente (independentemente da existência de fraude ou inadimplência), após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de 60 dias"*.

Portanto, verifica-se que existe uma divergência de interpretação a respeito da validade de cláusulas com o conteúdo das cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de adesão de cobertura de assistência médica e hospitalar para pessoa jurídica com até 30 beneficiários da Amil, sendo esta a controvérsia jurídica posta em julgamento e cabendo agora analisar qual a interpretação que deve prevalecer.

Consequências da revogação do art. 17 da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS

Tanto o acórdão recorrido quanto o voto da em. Relatora apresentam como argumento principal para a invalidade das cláusulas o fato de que o art. 17, parágrafo único, da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS foi revogado por força de julgamento da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.5101.

O mencionado artigo afirmava, no *caput*: *"As condições de rescisão ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes"*.

Já seu parágrafo único dizia: *"Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias"*.

Extrai-se de ambos os dispositivos que a Resolução não só autorizava, mas **obrigava** as empresas operadoras de planos de saúde a conter exatamente o que prevê a cláusula 23.2.1, objeto do presente recurso.

Ocorre que esta Resolução foi revogada por força do julgamento da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.5101. O fundamento para que houvesse a revogação, transcrito no acórdão ora combatido, foi o seguinte:

*[...]. A autorização, concedida pelo artigo 17 da RN/ANS 195/2009, para que os planos de saúde coletivos estabeleçam, em seus contratos, cláusulas de fidelidade de doze meses, com cobrança de multa penitencial, caso haja rescisão antecipada dentro desse período, **viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso, bem como enseja à prática abusiva ao permitir à percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde, ao arripio dos inciso II e IV, do art. 6º, do CDC [...]** (e-STJ fl. 1051).*

A em. Relatora ainda colacionou em seu voto nota pública da ANS a respeito desta decisão de revogação, na qual a agência afirmou:

[...]. Em fevereiro de 2014, a 18ª Vara Federal da 2ª Região julgou procedente uma ação civil pública (processo nº 0136265-83.2013.4.02.5101) do Procon Estadual do Rio de Janeiro (Procon-RJ) contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A decisão determinou a anulação do parágrafo único do art. 17 do normativo que até então tratava da rescisão de contratos - a Resolução Normativa 195/2009. Tal parágrafo estabelecia que os contratos de plano de saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderiam ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Tal medida, que pretendia dar ao consumidor o direito de rescindir o contrato a qualquer tempo, acabou por dar às operadoras o mesmo direito, pondo fim a uma situação de segurança para o beneficiário que antes tinha garantida a vigência de pelo menos 12 meses. A Resolução Normativa 192/2009 foi substituída pela RN 557/2022, a qual manteve parte da redação do artigo 17 em seu artigo 23:

"Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes".

Assim sendo, mesmo com a anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009, as operadoras permaneceram obrigadas a dispor no contrato coletivo (empresarial ou por adesão) em que condições pode ocorrer a suspensão ou rescisão do contrato, observadas as regras previstas no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor [...].

A partir deste cenário de sucessão de normas por conta da decisão da ACP anterior, tanto o acórdão recorrido quanto o voto da em. Relatora interpretaram que a revogação do parágrafo único do art. 17 da RN n. 195/2009 da ANS teve como consequência a *proibição* de que os contratos dos planos de saúde exigissem 12

meses para a rescisão imotivada e notificação prévia de 60 dias para a rescisão do contrato após aquele período, pois o julgamento da ação civil pública as teria considerado como exigências abusivas.

O acórdão afirmou: "*O decisum considerou nulo o art. 17 da Resolução Nacional nº 195/2009 da ANS, que exigia a fidelidade de doze meses para que houvesse a rescisão contratual antecipada, mediante a aplicação de multa contratual aos consumidores, o que foi considerado abusivo...*" (e-STJ fl. 1050).

A em. Relatora, por sua vez, afirmou: "***deve ser reconhecida a sua abusividade, a partir da anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 da ANS pelo TRF/2ª Região, quando... o contrato de plano de saúde coletivo contar com menos de 30 beneficiários, tendo em vista a sua reconhecida vulnerabilidade, a atrair a incidência do CDC***".

No entanto, ousou fazer interpretação diversa. Conforme destacado acima, o parágrafo único do art. 17 da RN n. 195/2009 da ANS não previa autorização, mas sim impunha obrigação às operadoras de plano de saúde de ter aquelas cláusulas. Isto é reforçado pela nota da ANS, quando diz que o objetivo deste parágrafo era o de proteger o consumidor, tanto garantindo uma vigência mínima de 12 meses do contrato quanto possibilitando que o consumidor o rescindisse imotivadamente. Ou seja, tratava-se de norma que protegia o consumidor contra possíveis contratos que impedissem rescisões imotivadas ou que conferissem ampla liberdade às operadoras de plano de saúde de rescindir os contratos sem mínima segurança jurídica.

A decisão proferida na Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.5101, em momento algum, examinou e considerou abusivo o conteúdo das cláusulas. O seu objeto de análise era a obrigação *erga omnes* imposta pela resolução da ANS. Vale dizer, examinou-se ali se esta obrigação que recaía sobre todas as operadoras de plano de saúde - e, por consequência, significaria que os consumidores sempre ficariam adstritos a um contrato por pelo menos 12 meses - era ou não ilegal.

Tanto é assim que a conclusão do acórdão que julgou aquela ACP não foi de que o conteúdo das cláusulas era abusivo ou violador de direitos dos consumidores, mas sim que a "autorização" do artigo da RN - que na verdade era uma obrigação - "*viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso, bem como enseja à prática abusiva ao permitir à percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde*".

Esta interpretação modifica as consequências e repercussões para o caso ora em análise. Isto porque, na medida em que a decisão proferida na outra ACP não se debruçou sobre o conteúdo das cláusulas, a revogação da obrigação existente na

Resolução Normativa não pode ser interpretada, automaticamente, como proibição de uso de tais cláusulas, mas tão somente como o fim da obrigação das operadoras de plano de saúde de fazerem constar em seus contratos estas cláusulas.

Em outras palavras, a consequência da revogação do parágrafo único do art. 17 da RN n. 195/2009 da ANS é tão somente que as operadoras de plano de saúde não estão mais obrigadas a incluir em seus contratos de adesão as cláusulas que preveem o período mínimo de 12 meses e o aviso de 60 dias para a rescisão imotivada, cabendo a cada empresa avaliar a conveniência ou não de incluir essas cláusulas no que tange à captação da clientela.

Portanto, não houve declaração anterior de que estas cláusulas são abusivas, mas somente que abusivo - em relação aos direitos do consumidor - seria impor a todas as operadoras de plano de saúde a inclusão destas cláusulas.

Surge assim a necessidade de avaliar se as tais cláusulas são ou não válidas, sendo esta a exata controvérsia do caso em questão.

Exame sobre a abusividade das cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de adesão de cobertura de assistência médica e hospitalar para pessoa jurídica com até 30 beneficiários da Amil à luz do Código de Defesa do Consumidor

Definido que as consequências da revogação do parágrafo único do art. 17 da RN n. 195/2009 da ANS não passam da desobrigação das operadoras de plano de saúde de incluírem tais cláusulas em seus contratos, resta enfrentar o objeto da controvérsia em questão, ou seja, se as tais cláusulas são ou não válidas.

Para tanto, é preciso reforçar, antes, na esteira do afirmado pela em. Relatora, que a legislação utilizada para esta análise é o Código de Defesa do Consumidor, pois a controvérsia cinge-se aos contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 beneficiários e já foi reconhecida por esta Corte a presença de vulnerabilidade nestas hipóteses (cf. *REsp n. 1.553.013/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 13/3/2018, DJe de 20/3/2018; REsp n. 1.708.317/RS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 17/4/2018, DJe de 20/4/2018; REsp n. 1.776.047/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 23/4/2019, DJe de 25/4/2019 e EREsp n. 1.692.594/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 12/2/2020, DJe de 19/2/2020*).

De maneira geral, destaca Bruno Miragem que as cláusulas abusivas nos contratos de consumo são as redigidas pela parte mais forte da relação contratual de

modo a criar um desequilíbrio significativo em relação à parte mais fraca, no caso o consumidor dotado de vulnerabilidade (*Miragem, Curso de Direito do Consumidor, p. 391*).

Dentre as várias classificações, é possível destacar aquela entre as cláusulas abusivas que dizem respeito à qualidade do consentimento do consumidor e as cláusulas abusivas que violam o equilíbrio contratual (*Miragem, Curso de Direito do Consumidor, p. 410*). Para o presente caso, a segunda espécie é a relevante e sobre ela é que trataremos abaixo.

O art. 51 do Código de Defesa do Consumidor elenca hipóteses não exaustivas em que as cláusulas de um contrato de consumo serão nulas de pleno direito, dentre as quais o acórdão recorrido destacou duas para o presente caso. A hipótese do inciso XI, que diz que serão nulas as cláusulas que *"autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor"* e a hipótese do inciso IV, que diz que serão nulas as cláusulas que *"estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade"*.

Abusividade pelo cancelamento unilateral (art. 51, inc. XI, do CDC)

Esta hipótese é bem delimitada pela redação legal, razão pela qual não há maiores dificuldades em efetuar a análise e afastar a sua incidência no caso em questão.

A cláusula 23.2.1, que trata da rescisão contratual, autoriza expressamente que ambas as partes (*"O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes..."*) rescindam o contrato unilateralmente. Ademais, impõe iguais condições para que ambas as partes exerçam essa possibilidade (obrigação de aguardar por 12 meses e efetuar a notificação de 60 dias).

A cláusula 23.3, que impõe multa pela rescisão anterior aos 12 meses somente para a empresa contratante do plano coletivo, não implica, indiretamente, autorização para rescisão unilateral por parte da operadora de plano de saúde, pois, na realidade, como a operadora de plano de saúde já tem sua atividade regulada pela ANS, há previsão legal no art. 25 da Lei n. 9.656/98, que diz: *"As infrações dos dispositivos desta Lei..., bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários..., sujeitam a operadora dos produtos... às seguintes penalidades: ... II - multa pecuniária"*.

As operadoras sempre terão a possibilidade de ser sancionadas com multas pelo descumprimento contratual, de modo que a previsão da cláusula 23.3 não significa que a rescisão unilateral pela operadora antes dos 12 meses não será sancionada.

Portanto, diferentemente do argumentado pelo acórdão recorrido, as cláusulas ora em exame não configuram a hipótese do inc. XI, do art. 51 do CDC.

Abusividade pela violação ao equilíbrio contratual (art. 51, inc. IV, do CDC)

Esta hipótese, por outro lado, apresenta descrição legal com contornos pouco definidos. Trata-se, na realidade, de ampla definição das cláusulas abusivas que violam o necessário equilíbrio contratual e tem por objetivo manter tanto o equilíbrio dos interesses contratuais quanto certa equivalência nas prestações (*Miragem, Curso de Direito do Consumidor, p. 423*).

O texto do mencionado artigo considera nulas as cláusulas que sejam iníquas, abusivas, desvantajosas ao consumidor ou incompatíveis com a boa-fé ou a equidade. Ademais, o §1º do art. 51 do CDC elenca as hipóteses em que há presunção de vantagem exagerada ao fornecedor, que são: (i) a vantagem que ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence; (ii) a vantagem que restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual e (iii) a vantagem que se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

De acordo com Bruno Miragem, o elemento nuclear desta hipótese de abusividade é "*a proibição de estipulação de vantagem exagerada em favor do fornecedor, trazendo uma ideia de desequilíbrio de interesses*", o que inclui também o cumprimento da boa-fé, com deveres de respeito, colaboração e lealdade (*Miragem, Curso de Direito do Consumidor, p. 423*).

Cabe, assim, avaliar se as cláusulas objeto desta controvérsia são capazes de conferir alguma vantagem exagerada para a recorrente em detrimento das empresas que com ela contratarão planos de seguro saúde com até 30 beneficiários ou que imponham obrigações desrespeitosas, desleais ou que não impliquem em uma colaboração entre as partes.

Para que a análise seja melhor elaborada, vale cindir as cláusulas de acordo com direitos e deveres que impõem às partes contratantes da seguinte forma:

(i) direito de ambas as partes de extinguir o contrato imotivadamente; (ii) deveres de ambas as partes de manter o contrato pelo período de 12 meses e de notificação prévia de 60 dias para a rescisão do contrato e (iii) dever da parte contratante de pagar multa em caso de extinção imotivada ou por dar causa à extinção do contrato antes dos 12 meses iniciais.

Importante aqui a ressalva de que a cisão das cláusulas acima proposta facilita a possível atividade integrativa do contrato, que, conforme destaca Bruno Miragem, pode ser exercida pelo Magistrado em substituição à binária decisão pela nulidade ou validade da cláusula. Segundo o autor, quando o Magistrado identifica a violação ao equilíbrio contratual, não precisa decidir pela integral nulidade da cláusula, mas sim *"optar, mediante atividade integrativa do contrato, por reequilibrar a relação, por meio da imposição de ônus ou deveres iguais a consumidor e fornecedor"* (Miragem, *Curso de Direito do Consumidor*, p. 427).

(i) Direito de ambas as partes de extinguir o contrato imotivadamente

Com relação a este direito, esta col. Corte já se pronunciou no sentido de que a operadora de plano de saúde não pode rescindir os contratos coletivos com menos de 30 vidas de **forma imotivada**.

Esta concepção foi construída a partir de alguns acórdãos das Turmas da 2ª Seção. A título de exemplo, em 13 de março de 2018, no julgamento do Recurso Especial nº 1.553.013, a 3ª Turma, a partir do voto condutor de relatoria do em. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, firmou o seguinte entendimento:

[...]. Em vista das características dos contratos coletivos, a rescisão unilateral pela operadora é possível, pois não se aplica a vedação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, mas, ante a natureza híbrida e a vulnerabilidade desse grupo possuidor de menos de 30 (trinta) beneficiários, deve tal resilição conter temperamentos, devendo, aqui, incidir a legislação do consumidor para coibir abusividades, primando também pela conservação contratual (princípio da conservação dos contratos).

Logo, para acompanhar a índole particular desse agrupamento, a rescisão unilateral nos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários não pode ser imotivada. Ao contrário, a motivação deve ser idônea [...] (REsp n. 1.553.013/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 13/3/2018, DJe de 20/3/2018).

Posteriormente, em abril de 2018, no julgamento do Recurso Especial nº 1.708.317, a 3ª Turma, a partir do voto condutor de relatoria da em. Ministra Nancy Andrighi, confirmou o entendimento que vinha se construindo no mencionado órgão

fracionário, no sentido da *"abusividade na conduta de operadoras de plano de saúde ao rescindir unilateral e imotivadamente contratos de plano de saúde"* (p. 09 do inteiro teor do acórdão) e de que se *"condicionou a rescisão unilateral de planos de saúde coletivos com grupo de até 30 beneficiários à existência de motivação idônea"* (p. 10 do inteiro teor do acórdão). As razões para esse entendimento estavam na manutenção do contrato diante da vulnerabilidade do consumidor (REsp n. 1.708.317/RS, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 17/4/2018, DJe de 20/4/2018).

Em 23 de abril de 2019, no julgamento do Recurso Especial nº 1.776.047, a 4ª Turma, a partir do voto condutor de relatoria da em. Ministra Isabel Gallotti, seguiu o mesmo entendimento, afirmando:

[...]. Concluo, assim, que, para os contratos de planos de saúde coletivos, com menos de 30 usuários, não se admite a simples rescisão unilateral pela operadora de plano de saúde, como pretendeu a ré fazer, por simples notificação destituída de qualquer fundamentação.

Tais contratos devem ser agrupados com a finalidade de redução do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste de cada um deles, com a óbvia finalidade de ensejar a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial da carteira da operadora, evitando, com isso, sejam fadados à extinção, desvirtuando o próprio escopo inerente a contratos de plano de saúde [...] (p. 09 e 10 do inteiro teor do acórdão - REsp n. 1.776.047/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 23/4/2019, DJe de 25/4/2019).

Assim, no ano de 2020, a 2ª Seção desta Corte firmou o entendimento, a partir da constatação de que a 3ª e a 4ª Turma já não mais divergiam a respeito da questão, de que *"em decorrência da aplicação do CDC, os contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários não podem ser rescindidos unilateralmente pela operadora do plano de saúde sem motivação idônea"* (EREsp n. 1.692.594/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 12/2/2020, DJe de 19/2/2020).

A jurisprudência desta col. Corte já se pronunciou e definiu, assim, que a rescisão imotivada do contrato coletivo de plano de saúde com menos de 30 beneficiários é uma prática abusiva por parte da operadora do plano e, por consequência, a imposição de uma cláusula contratual que confira este direito à operadora é, evidentemente, uma cláusula abusiva e, nos termos do art. 51, inc. IV, do CDC, é nula de pleno direito.

Portanto, o direito tão somente da operadora do plano de saúde de extinguir o contrato **imotivadamente**, constante na cláusula 23.2.1 do contrato de adesão de cobertura de assistência médica e hospitalar de pessoa jurídica para até 30

beneficiários da Amil, ora recorrente, **é uma parte abusiva da cláusula** e, conseqüentemente, nula, razão pela qual, exclusivamente nesta parte, deve-se manter a declaração de nulidade contida no acórdão.

Vale dizer, o direito de rescisão imotivada deve ser mantido para as contratantes e afastado para a Amil.

(ii) Deveres de ambas as partes de manter o contrato pelo período de 12 meses e de notificação prévia de 60 dias para a rescisão do contrato

Com relação a estes deveres, diversamente do que foi feito na análise anterior, não há histórico jurisprudencial consolidado, seja pela abusividade, seja pela validade. Sendo assim, será necessário valer-se dos conceitos estipulados acima, mais especificamente as ideias sobre se tais deveres representam alguma vantagem exagerada para a parte mais forte ou impõem obrigações desrespeitosas, desleais ou que não impliquem em colaboração entre as partes.

A resposta é, a meu sentir, negativa.

Em primeiro lugar, a imposição destes deveres pela cláusula 23.2.1 não implica o estabelecimento de posição de vantagem expressa para a operadora de plano de saúde pelo simples fato de que são deveres impostos a ambas as partes, ou seja, não há implicação de uma posição vantajosa direta, pois as duas partes são obrigadas a manter a vigência contratual por 12 meses e, após este período, caso queiram rescindir, deverão notificar 60 dias antes.

Em segundo lugar, poder-se-ia dizer que é mais vantajoso para a operadora de plano de saúde do que para a empresa contratante a manutenção do contrato por 12 meses e a obrigação posterior de notificação prévia de 60 dias para a rescisão, o que significaria posição vantajosa indireta. Ocorre que esta afirmação não se sustenta, pois deste dever advém segurança jurídica para a parte mais vulnerável da relação, que ao manifestar sua vontade de contratar, já sabe, de antemão, que o contrato não será desfeito por ao menos 12 meses e, após este período, caso o contrato seja rescindido unilateralmente pela parte mais forte, haverá notificação prévia que lhe garanta tempo para buscar outro contrato de seguro saúde.

Esta argumentação é reforçada pelo fato de que o art. 13, parágrafo único, da Lei n. 9.656/98 impõe o dever de vigência mínima de 12 meses aos contratos de plano de saúde individuais. Ora, se a jurisprudência desta Corte já equiparou os contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 beneficiários aos contratos individuais - a justificar a aplicação do Código de Defesa do Consumidor e a proibição

da rescisão imotivada -, não faria sentido afirmar que a imposição do mesmo dever de manutenção do contrato por 12 meses em tais contratos coletivos seria uma cláusula abusiva.

Se o legislador entendeu que a vigência mínima de um ano é uma garantia ao consumidor individual em um contrato de plano de saúde e a jurisprudência equiparou a empresa contratante de plano de menos de 30 beneficiários ao consumidor individual, não há razão para afirmar que a imposição deste dever de manutenção pelo mesmo período é abusiva.

Tais imposições também não se encaixam em nenhuma das hipóteses do art. 51, §1º do CDC. Isto porque exigir a manutenção mínima de 12 meses do contrato e a notificação de 60 dias para rescindir, além de não ofender princípios fundamentais do sistema jurídico, conforme já demonstrado na argumentação acima, não restringe qualquer direito ou obrigação que seja inerente à natureza do contrato de seguro saúde e não é excessivamente oneroso ao consumidor.

Não observo como a imposição destes deveres a ambas as partes, conferindo verdadeira segurança jurídica à empresa contratante - e por consequência aos beneficiários - poderia ser imposição desrespeitosa, desleal ou não colaborativa entre as partes.

Não se nega aqui que é preciso respeitar o direito de liberdade de contratação ao consumidor e que estes dois deveres são limitações a esta liberdade. Porém, a obrigação de manutenção pelo período de 12 meses e, posteriormente, a notificação prévia de 60 dias, são períodos razoáveis, não geram fidelidade "inquebrável" ao consumidor, o que seria verdadeira deslealdade.

De outro lado, é válido lembrar que, para que se tenha segurança jurídica, é preciso abdicar minimamente da ampla e irrestrita liberdade de contratar. Trata-se de equilíbrio necessário em qualquer contrato. Não é porque se trata de parte mais vulnerável, que a ela deve ser garantida segurança jurídica sem qualquer ônus.

Ademais, a dinâmica de qualquer contrato de seguro envolve colaboração entre a seguradora, que se compromete de antemão a arcar com sinistros de diversos custos, ou seja, "compra o risco", e o segurado, que se compromete a pagar valor mensal para ter a cobertura pelos eventuais sinistros que possam ocorrer. Logo, também seria contrário à boa-fé admitir que certo beneficiário da empresa contratante utilizasse serviços de alto custo prestados pela operadora de plano de saúde em curto espaço de tempo e depois a empresa rescindisse o contrato sem qualquer ônus ou que pudesse rescindir o contrato de um dia para o outro sem qualquer aviso. A posição

de vulnerabilidade do consumidor - estendida aqui para a empresa contratante com menos de 30 beneficiários - não é sinônimo de permissão para atuação contrária à boa-fé objetiva.

Sendo assim, pode-se concluir que a imposição do dever a ambas as partes de manter o contrato pelo período de 12 meses e a imposição do dever a ambas as partes de, após este período, precisar notificar 60 dias antes da rescisão, previstas na cláusula 23.2.1 do contrato, não são abusivas.

(iii) Dever da parte contratante de pagar multa em caso extinção imotivada ou por dar causa à extinção do contrato antes dos 12 meses iniciais

Novamente, não há aqui entendimento jurisprudencial consolidado a respeito da abusividade ou não desta cláusula, o que exige que analisemos com base nos conceitos acima estabelecidos de vantagem exagerada para a parte mais forte ou de imposição de obrigações desrespeitosas, desleais ou que não impliquem em uma colaboração entre as partes.

Esta cláusula tem uma especificidade importante, que não está presente nas demais analisadas até o momento: ela só obriga a parte considerada vulnerável. Ela só obriga a empresa contratante a pagar multa em caso de rescisão imotivada antes dos 12 meses iniciais. Portanto, em um primeiro momento, seria possível afirmar que ela impõe desvantagem direta.

No entanto, esta afirmação pode ser afastada pelo fato de que a operadora de plano de saúde tem sua atividade regulada, o que significa que, previamente à existência do contrato, já existem previsões legais e infralegais que impõem multas à operadora que descumprir deveres impostos no contrato.

Primeiro, o já mencionado art. 25 da Lei n. 9.656/98 afirma, expressamente, que as operadoras de planos de saúde poderão ser sancionadas com multa pecuniária e até cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora em caso de infração aos dispositivos dos contratos firmados. Portanto, caso a ora recorrente, a título de exemplo, rescinda um contrato com uma empresa contratante antes dos 12 meses, sofrerá uma multa sancionatória com base neste artigo.

Segundo, a Resolução Normativa n. 489/22 da ANS, em seu art. 107, prevê a seguinte conduta ilícita: "*Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação. Sanção - multa de R\$ 80.000,00*".

Ademais, o art. 56, inc. I, do Código de Defesa do Consumidor também prevê a possibilidade de aplicação de multa administrativa, sem contar a aplicação de multa judicial e também o dever de indenizar em caso em descumprimento contratual.

Portanto, é possível afirmar que não há hipótese de imposição de vantagem exagerada à operadora de plano de saúde, na medida em que a empresa contratante, diferentemente da empresa operadora do seguro saúde, não é regulada e sobre ela não incidem multas administrativas. Vale dizer, a previsão contratual de multa é a forma de reforçar a obrigação de manutenção do contrato pelos primeiros 12 meses, pois sem esta previsão o dever seria verdadeira "letra morta" para a empresa contratante, ao contrário do que acontece com a empresa operadora do plano de saúde.

Ademais, não se mostra imposição capaz de restringir direitos ou obrigações inerentes à natureza do contrato, que é de seguro saúde. Vale dizer, a multa pela rescisão antecipada do contrato não tem qualquer relação com o seu objeto específico.

Também não se trata de imposição contratual "excessivamente onerosa" à empresa contratante, pois é multa de 50% somente sobre o valor das contraprestações não pagas - e não sobre o valor integral do contrato, como afirmou o acórdão recorrido. Ou seja, é multa proporcional ao quão antecipadamente à proibição de 12 meses a empresa contratante infringir o dever.

É importante ressaltar que a proporcionalidade do percentual de 50% também está presente, na medida em que a multa precisa ter uma função dissuasória e compensatória do valor despendido pela operadora do plano de saúde em caso de prestação de serviços de alto custo e não retornado com o adimplemento das parcelas mensais dos 12 primeiros meses. O percentual de 10%, proposto pelo Ministério Público na inicial, não parece ser capaz de dissuadir a empresa contratante de infringir a proibição de rescisão contratual de 12 meses e nem de compensar os gastos com a prestação de serviços de alto custo por parte da operadora.

Por fim, a mencionada imposição não representa infração à boa-fé. A previsão de multa em caso de rescisão do contrato em descumprimento à proibição de 12 meses não é imposição desrespeitosa, desleal ou não colaborativa entre as partes. Trata-se de natural e comum previsão que reforça uma obrigação constante no contrato e que as partes se obrigaram quando da assinatura.

Sendo assim, pode-se concluir que a imposição do dever da parte contratante de pagar multa em caso extinção imotivada ou por dar causa à extinção do contrato antes dos 12 meses iniciais do contrato, prevista na cláusula 23.3 do contrato, não é abusiva.

Exame das consequências da declaração de nulidade das cláusulas

23.2.1 e 23.3

Após o exame à luz da proibição absoluta do ordenamento brasileiro de existência de cláusulas abusivas nos contratos coletivos de prestação de serviços de seguro saúde de até 30 beneficiários, presente no Código de Defesa do Consumidor, e tendo concluído que as cláusulas não são abusivas, salvo o trecho que prevê o direito da operadora de seguro saúde de rescindir o contrato de forma imotivada, abre-se espaço para análise sobre se a declaração de nulidade destas cláusulas - ainda que não abusivas - levará a consequências práticas positivas, ou se, por outro lado, representará consequências negativas.

Esta análise não é feita de forma arbitrária, mas sim a partir da autorização do art. 20 da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro, que diz: "*Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão*". Já o parágrafo único afirma: "*A motivação demonstrará a necessidade e a adequação da medida imposta ou da invalidação de ato, contrato, ajuste, processo ou norma administrativa, inclusive em face das possíveis alternativas*".

Fredie Didier e Rafael Oliveira, ao comentarem o mencionado dispositivo, afirmam:

[...]. Do ponto de vista normativo, já vimos que o art. 20 da LINDB inseriu no sistema vigente o postulado do pragmatismo, por meio do qual o julgador tem o dever de considerar as consequências práticas da sua decisão como elemento para a própria tomada de decisão. Isso confere à atividade decisória, de certa forma, um caráter preditivo: exige-se que o julgador antecipe os efeitos da decisão antes de tomá-la" [...]

(Didier e Oliveira, Dever judicial de considerar as consequências práticas da decisão: interpretando o art. 20 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, Revista de Direito Administrativo e Constitucional, ano 19, n. 75, p. 143-160, jan./mar., 2019, p. 153).

No entanto, atentos aos riscos a que o puro pragmatismo judicial pode conduzir, os autores apresentam conteúdo dogmático para o art. 20 da LINDB. Segundo os autores, para que as consequências práticas sejam parte do argumento da decisão é preciso que (i) esteja presente mais de uma solução dogmaticamente justificada para o problema jurídico; (ii) somente as consequências postas previamente em debate judicial é que poderão ser consideradas; (iii) é preciso demonstrar que as consequências são dotadas de cognoscibilidade mínima; (iv) as consequências não

podem permitir decisões em desconformidade com regras legais prévias e nem mesmo com conceitos anteriormente construídos e (v) evidenciar, previamente, qual o critério para se valorar qual a melhor consequência, utilizando-se da proporcionalidade (*Didier e Oliveira, Dever judicial de considerar as consequências práticas da decisão: interpretando o art. 20 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, Revista de Direito Administrativo e Constitucional, ano 19, n. 75, p. 143-160, jan./mar., 2019, p. 154-158*).

No presente caso, todos estes requisitos estão cumpridos. Em primeiro lugar, as regras legais do CDC, com proibições absolutas de existência de cláusulas abusivas, já foram previamente sopesadas, de modo que o exame das consequências feito abaixo não representará sobreposição a tais postulados legais. Em segundo lugar, os critérios para avaliar qual a melhor consequência são o melhor interesse aos consumidores e a garantia de acesso à saúde, a partir de um exame sobre necessidade e adequação. Em terceiro lugar, estão presentes duas soluções jurídicas possíveis, isto é, a declaração de nulidade e a manutenção de validade das cláusulas do contrato de adesão da recorrente. Em quarto lugar, conforme se extrai da contestação, das razões de apelação e dos embargos de declaração apresentados pela recorrente, duas são as consequências práticas da declaração de nulidade das cláusulas em abstrato que foram objeto de debate jurídico nos autos: (i) desequilíbrio atuarial no setor securitário e (ii) dano concorrencial (e-STJ fls. 289-292; fls. 932-936 e fls. 1127-1135). Por fim, ambas as consequências são dotadas de cognoscibilidade, conforme demonstrado pela parte.

Cumpridos tais requisitos, é possível avaliar estas duas consequências práticas para fundamentar a decisão sobre se as cláusulas devem ser declaradas nulas.

A primeira consequência é o desequilíbrio atuarial. Nos termos do art. 3º da Resolução Normativa n. 309/2012 da ANS, os contratos coletivos de até 30 beneficiários não são puramente bilaterais, mas devem ser agrupados pela operadora para fins de cálculo do reajuste (*"É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento"*).

Logo, a primeira consequência prática decorrente da declaração de nulidade das cláusulas em questão é que, ao não impor a obrigação de manutenção de 12 meses e aviso prévio de 60 dias para rescisão do contrato, bem como a multa dissuasiva e compensatória pelo descumprimento destas obrigações, será possível que as empresas contratantes estabeleçam relação de livre pactuação e rescisão dos

contratos, o que afetará todo o equilíbrio da carteira de contratos coletivos de até 30 vidas.

Conforme afirmou a recorrente: *"Por força de eventual procedência da demanda, a Amil será a única operadora obrigada, respectivamente, a (i) permanecer vinculada a contratos que lhe são economicamente prejudiciais; e (ii) acatar as rescisões unilaterais imotivadas de diversos contratantes, arcando com os prejuízos daí decorrentes..."* (e-STJ fl. 290).

A repercussão da declaração de nulidade das cláusulas traria, como consequência, a necessidade de a Amil considerar gastos e custos que, até o momento, não são considerados na formação dos preços das mensalidades.

Isto é, a repercussão será na própria formação do preço das mensalidades nos contratos desta natureza, pois para formar o preço é preciso fazer cálculo de risco, de distribuição da possibilidade de ocorrência de sinistros e de formação de reserva de recursos capaz de dar conta destes sinistros. Portanto, sem que exista segurança mínima sobre a manutenção dos contratos, estes cálculos se tornam mais difíceis e acabam impactando a formação de preços. Em suma, uma das consequências práticas é o provável aumento do preço das mensalidades.

Dado este panorama e considerando como vetores o melhor interesse dos consumidores e a garantia do direito à saúde, há *necessidade* de que os preços praticados pelas operadoras de plano de saúde sejam os melhores possíveis, facilitando e ampliando o acesso do mercado consumidor. Assim, o *meio mais adequado* é a manutenção da validade das cláusulas. Portanto, o desequilíbrio atuarial no setor securitário decorrente da declaração de nulidade das cláusulas é consequência prática ruim, o que indica que a melhor decisão deve ser a manutenção da validade das cláusulas.

A segunda consequência é de natureza concorrencial. Na medida em que se está analisando aqui não um contrato específico com uma empresa contratante ou a exclusão de um beneficiário concreto, mas sim as cláusulas abstratas dos contratos da Amil, ora recorrente, a declaração de nulidade destas cláusulas e, mais especificamente, a imposição de proibição de uso destas cláusulas, fará com que outras empresas que prestam serviços de seguro saúde e que concorrem no mercado com a recorrente passem a ter vantagem, pois poderão continuar utilizando as cláusulas, já que não há vedação expressa, e ofertarão menores preços, mais atrativos, do que aqueles que serão ofertados pela empresa recorrente.

Conforme afirmou a recorrente: *"As demais centenas de empresas atuando no mercado, de seu turno, ficam em posição evidentemente melhor. Podem oferecer melhores preços, pois não têm o ônus desse custo"* (e-STJ fl. 292).

Não é demais lembrar que a Constituição brasileira coloca a livre concorrência como um dos princípios da ordem econômica, no art. 170, inc. IV. Logo, uma decisão judicial que declarasse abstratamente nulas as cláusulas somente de uma operadora de plano de saúde - e não de todas as empresas atuantes no mercado - implicaria a restrição à livre concorrência.

Por fim, é preciso ter sempre em mente a relação direta entre a livre concorrência e a proteção ao consumidor. Isto porque somente uma concorrência livremente exercida é capaz de formar um mercado com os melhores serviços pelos menores preços. Portanto, ao se conferir vantagem concorrencial para as operadoras que disputam com a recorrente, em um futuro, algumas destas operadoras podem dominar o mercado pela prática de preços de mensalidade mais baixos e gerar disfuncionalidades, inclusive com serviços piores aos consumidores.

Em suma, a segunda consequência prática é a provável desvantagem concorrencial da recorrente, em comparação com outras empresas do mercado, e, até mesmo, a possibilidade de gerar disfuncionalidades em relação à prestação do melhor serviço pelo menor preço aos consumidores.

Novamente, tendo em mente os vetores do interesse dos consumidores e do acesso à saúde, pode-se concluir que há *necessidade* de um mercado dotado da concorrência mais livre possível, pois só assim se atingirá a prestação dos melhores serviços de saúde privada e por menores preços. Assim, *o meio adequado* para tal concorrência é a manutenção da validade das cláusulas. Portanto, a desvantagem concorrencial no setor, decorrente da declaração de nulidade das cláusulas, é outra consequência prática ruim, o que indica que a melhor decisão deve ser a manutenção da validade das cláusulas.

Pode-se dizer, assim, que as consequências práticas da declaração de nulidade destas cláusulas não serão benéficas nem para os consumidores e nem para o mercado de serviços de seguro saúde em geral.

A título de conclusão, além de não existir proibição absoluta de uso destas cláusulas, pois concluiu-se acima que não são abusivas, as consequências da declaração de nulidade não serão benéficas, razão pela qual tal declaração não deve ser mantida.

Dispositivo

Ante todo o exposto, **dou parcial provimento ao recurso especial** para reformar o acórdão e considerar válidas as cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de

adesão de cobertura de assistência médica e hospitalar de pessoa jurídica com até 30 beneficiários da recorrente, mantendo somente a nulidade da expressão "imotivadamente" da cláusula 23.2.1 para a recorrente, razão pela qual só a contratante terá o direito de rescindir o contrato imotivadamente após o período de 12 meses e com aviso prévio de 60 dias.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2025/0000420-0

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.190.906 / DF

Números Origem: 07224205120218070001 7224205120218070001

PAUTA: 14/10/2025

JULGADO: 14/10/2025

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
ADVOGADA : ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

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:

Prosseguindo no julgamento, após o voto-vista divergente da Sra. Ministra Daniela Teixeira, dando parcial provimento ao recurso especial, no que foi acompanhada pelo Sr. Ministro Humberto Martins, pediu vista o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Aguarda o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

 2025/0000420-0 - REsp 2190906

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2025/0000420-0

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.190.906 / DF

Números Origem: 07224205120218070001 7224205120218070001

PAUTA: 18/11/2025

JULGADO: 18/11/2025

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. MARIA IRANEIDE OLINDA SANTORO FACCHINI

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
ADVOGADA : ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

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:

Adiado por indicação do Sr. Ministro Relator para a sessão do dia 02/12/2025.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2190906 - DF (2025/0000420-0)

RELATORA : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

VOTO-VENCEDOR

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CONTRATO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. MODALIDADE. ATÉ TRINTA BENEFICIÁRIOS. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. PREQUESTIONAMENTO FICTO. LITISCONSÓRCIO NECESSÁRIO. OBRIGATORIEDADE. AUSÊNCIA. USURPAÇÃO DE COMPETÊNCIA. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. NÃO OCORRÊNCIA. CLÁUSULA. RESCISÃO IMOTIVADA POR PARTE DA OPERADORA. NULIDADE. RESCISÃO IMOTIVADA PELO CONSUMIDOR ANTES DO PRAZO DE 12 MESES. PAGAMENTO DE MULTA. VALIDADE.

1. A controvérsia dos autos resume-se em definir (i) se houve falha na prestação jurisdicional; (ii) a obrigatoriedade da formação de litisconsórcio passivo necessário; (iii) o limite da competência da Agência Nacional de Saúde; (iv) a nulidade de cláusulas do contrato de plano de saúde coletivo com até 30 (trinta) vidas.

2. Por força do disposto no artigo 1.025 do Código de Processo Civil, consideram-se prequestionadas as matérias de direito alegadas em embargos de declaração.

3. Na hipótese, a pretensão não inclui o controle de legalidade de ato administrativo, de modo que não se mostra obrigatória a formação de litisconsórcio necessário com a Agência Nacional de Saúde - ANS.

4. A discussão acerca da validade de cláusulas contratuais e da legalidade de normas de regulação não implica usurpação de competência da Agência Nacional de Saúde - ANS.

5. Nos termos da jurisprudência desta Corte, é nula a cláusula do contrato de plano de saúde coletivo com menos de 30 (trinta) vidas que permite a rescisão imotivada por parte da operadora.

6. É válida a cláusula que permite ao consumidor a rescisão do contrato imotivadamente antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses, condicionada ao pagamento de multa no valor de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do prazo mínimo de vigência.

7. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA: Pedi vista dos autos para melhor compreensão da controvérsia.

Trata-se de recurso especial interposto por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL (e-STJ fls. 1.247/1.273), com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, impugnando acórdão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios que negou provimento a seu apelo.

Colhe-se dos autos que o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios ingressou com ação civil pública contra a AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA a partir da instauração do inquérito civil nº 08190.009001/21-76 no qual teria apurado a inserção de cláusulas no contrato da operadora que, além de configurarem prática abusiva, estariam em desacordo com o decidido na ACP nº 0136265-83.2013.4.02.5101, movida pelo Procon/RJ contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que resultou na anulação do parágrafo único do artigo 17 da RN nº 195/2009 da ANS. Requereu, em síntese, (i) a declaração de nulidade das cláusulas 23.2.1. e 23.3. do contrato de adesão da requerida e, caso não reconhecida a nulidade, a redução do percentual da multa por rescisão contratual para 10% (dez por cento) dos valores remanescentes até a contratação completar 12 (doze) meses; (ii) a devolução em dobro dos valores cobrados a título de multa contratual; (iii) a concessão de efeito *erga omnes* à sentença para que produza efeitos em todo o território nacional; (iv) a inversão do ônus da prova; (v) a condenação da requerida ao pagamento de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada ato ou contrato de cobrança de multa por quebra de fidelidade na modalidade empresarial PME até 30 (trinta) vidas.

O pedido foi julgado parcialmente procedente para declarar a nulidade da cláusula 23.2.1. do "contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar pessoa jurídica 118B", no que se refere à exigência de permanência do estipulante por 60 (sessenta) dias até o efetivo cancelamento, determinando que o cancelamento se dê de forma imediata, a partir da comprovação da solicitação pelo representante da pequena ou média empresa (e-STJ fls. 826/833).

Os embargos de declaração opostos pela operadora foram rejeitados (e-STJ fls. 900/902).

Interpostas apelações por ambas as partes, foi provido o recurso do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios para declarar a nulidade da cláusula que prevê o pagamento de multa no caso de rescisão antes do período de 12 (doze) meses, estando o acórdão assim ementado:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITO DO CONSUMIDOR. DIREITOS INDIVIDUAIS HOMOGÊNEOS. PRELIMINAR. CERCEAMENTO DE DEFESA. INTERVENÇÃO ANS. REJEIÇÃO. MÉRITO. CONTRATO EMPRESARIAL DE SAÚDE. MICRO E PEQUENA EMPRESA. REDUZIDO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS. FALSO COLETIVO. SIMETRIA AOS CONTRATOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES. RESCISÃO. EXIGÊNCIA DE FIDELIZAÇÃO POR 12 (DOZE) MESES. COMUNICAÇÃO PRÉVIA. ABUSIVIDADE. ILEGALIDADE RECONHECIDA NA ACP Nº 136265-83.2013.4.02.51.01 ART. 17 DA RN Nº 195 /2009, ANS. REVOGAÇÃO. IMPOSIÇÃO DE MULTA DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO VALOR DO CONTRATO. PRESTAÇÃO EXCESSIVAMENTE ONEROSA AO CONSUMIDOR. VANTAGEM PECUNIÁRIA FORNECEDOR. ABUSIVIDADE. NULIDADE.

1. Rejeita-se a preliminar de cerceamento de defesa, porquanto a produção de outras fontes de prova que não têm o condão de alterar o contexto e a realidade fática, sendo suficientes os documentos acostados aos autos para a solução da controvérsia.

2. Dispensa-se a intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na presente demanda, visto que houve reiterado encaminhamento de ofício solicitando a manifestação acerca de seu interesse na lide, entretanto, a agência reguladora quedou-se inerte.

3. Mérito. Apresente demanda visa a defesa dos direitos individuais homogêneos nas relações de consumo, em face dos usuários do seguro de saúde oferecido pela operadora (art. 81, do CDC). Inquestionável, portanto, a incidência do Código de Defesa do Consumidor, bem assim, as diretrizes e premissas contidas no microssistema de defesa do consumidor, os quais devem embasar a análise da matéria debatida.

4. Na Ação Civil Pública nº 136265-83.2013.4.02.51.01/RJ, considerou-se nulo o art. 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS, de abrangência nacional, nos seguintes termos: '(...)A autorização, concedida pelo artigo 17 da RN/ANS 195/2009, para que os planos de saúde coletivos estabeleçam, em seus contratos, cláusulas de fidelidade de doze meses, com cobrança de multa penitencial, caso haja rescisão antecipada dentro desse período, viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso, bem como enseja à prática abusiva ao permitir à percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde, ao arrepio dos inciso II e IV, do art. 6º, do CDC'.

5. De tal sorte, no caso dos autos, a controvérsia consiste em apreciar a legalidade da cláusula contratual de adesão na modalidade empresarial voltada para micro e pequena empresa, que imputa o pagamento de multa de 50% (cinquenta por cento) em caso de rescisão anterior a 12 (doze) meses de vigência do serviço fornecido, juntamente com a comunicação prévia de 60 (sessenta) dias.

6. A jurisprudência do c. STJ sufragou o entendimento de que, nos contratos de seguro de saúde firmados por micro e pequenas empresas que envolvam reduzido número de beneficiários, devem ocorrer mitigações, podendo ser aplicada a sistemática dos planos individuais e/ou familiares no tocante às cláusulas contratuais que versem sobre rescisão, por se tratar de 'falso coletivo' (AgInt nos EDcl no AREsp n. 1.137.152/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 2/4/2019, DJe de 15/4/2019.)

7. O art. 51, inciso IV, do CDC dispõe que são nulas de pleno direito as cláusulas contratuais que “estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”. Na mesma linha, o CDC considera como nula as cláusulas que “autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor” (art. 51, inciso XI).

8. Desta feita, não há como se reputar válida cláusula contratual que impute o pagamento de multa por parte do consumidor, de metade do valor do contrato, em favor da operadora de plano de saúde, caso pretenda rescindir antecipadamente o pacto.

9. Logo, revela-se indissociável a abusividade das cláusulas do contrato de seguro de saúde empresarial de micro e pequena empresa, que estipule o pagamento de multa, porquanto se trata de previsão manifestamente abusiva e contrária aos princípios da boa-fé e equidade, gerando enriquecimento indevido à operadora de saúde e, em contrapartida, desvantagem exagerada ao consumidor.

10. Negou-se provimento ao apelo da ré. Provimento do recurso do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios" (e-STJ fls. 1.034/1.036).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (e-STJ fls. 1.215/1.221).

Sobreveio o recurso especial.

A recorrente aponta, em suas razões, além de dissídio jurisprudencial, violação dos seguintes dispositivos com as respectivas teses:

(i) artigo 1.022, II, do Código de Processo Civil - porque o Tribunal de origem teria deixado de se manifestar acerca do risco de desregulamentação; dos potenciais danos concorrenciais da decisão, já que as principais operadoras do país têm cláusulas similares em seus contratos; de haver autorização da ANS para a inserção das referidas cláusulas, e de a lide estar inserida em um setor regulado, de elevada complexidade, objeto de arcabouço regulatório instituído pela Agência Reguladora competente;

(ii) artigos 114 e 115, I, do Código de Processo Civil - porque é necessária a participação da União Federal e da ANS no feito, uma vez que o acórdão recorrido afeta a esfera jurídica desses entes.

Afirma, em síntese, que a ANS expressamente autoriza e valida as cláusulas cuja nulidade foi declarada. Alega que com a revogação do parágrafo único do artigo 17 da RN 195/2009, o *caput* do referido dispositivo permaneceu válido, exigindo que as condições de rescisão do contrato estejam estabelecidas no próprio instrumento, como no caso. Defende que a exigência de aviso prévio de 60 (sessenta) dias e vigência mínima de 12 (doze) meses sob pena de multa são estipulações válidas, inexistindo abusividade ou nulidade.

Ressalta que a declaração de nulidade invade a esfera jurídica do ente regulatório, interferindo diretamente nas atribuições que lhe competem com exclusividade.

Defende que era o caso de desde logo terem os autos sido enviados à Justiça Federal para que decidisse acerca da necessidade de participação da ANS no feito.

Afirma que o fato de a Agência Reguladora não ter respondido ao ofício que lhe foi enviado não é suficiente para afastar a exigência de sua participação em decorrência da natureza da relação jurídica controvertida. Cita, a propósito, o REsp nº 1.188.443/RJ.

(iii) artigo 4º, II, da Lei nº 9.961/2000 - porque o acórdão recorrido usurpa a competência atribuída à ANS.

Argumenta que a ANS considera válida a previsão de vigência mínima de 12 (doze) meses e o aviso prévio de 60 (sessenta) dias, desde que expressamente pactuados no instrumento, como fazem as principais operadoras do setor. Menciona a resposta à consulta que foi formulada à ANS acerca da extensão do decidido na ACP nº 0136265-83.2013.4.02.5101.

Afirma que

"(...) Há inequívoca anulação ou determinação de ineficácia, em sede judicial e de efeitos coletivos, de orientação normativa expedida pela Agência. Mais grave. Faz-se isso sem a participação da União Federal ou mesmo da própria ANS no feito" (e-STJ fl. 1.285).

Considera que à luz do caso concreto seria possível a anulação de cláusulas específicas constantes de determinados instrumentos contratuais. Porém, entende que não se pode declarar a nulidade de disposição contratual em caráter coletivo e abstrato, diante da competência exclusiva da agência reguladora.

Aponta como paradigma o AgInt no AREsp nº 2.019.728/MS.

Contrarrazões (e-STJ fls. 1.295/1.305).

A Subprocuradoria-Geral da República opinou pela negativa de provimento ao recurso especial (e-STJ fls. 1.329/1.335).

Levado o feito a julgamento em 20.5.2025, após o voto da relatora, Ministra Nancy Andrighi, negando provimento ao recurso, a Ministra Daniela Teixeira pediu vista e, na sessão do dia 14.10.2025, trouxe seu voto divergente, dando parcial provimento ao recurso, quando pedi vista dos autos.

É o relatório.

A controvérsia resume-se em definir se (i) houve negativa de prestação jurisdicional; (ii) era indispensável a presença da União e da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no feito, (iii) foi usurpada a competência da ANS na hipótese, e (iv) as cláusulas contratuais são nulas.

No laborioso voto que apresentou a esta Turma julgadora na sessão de 20.5.2025, a relatora do feito, Ministra Nancy Andrighi, concluiu (i) não ter havido negativa de prestação jurisdicional; (ii) que quando se trata especificamente de plano de saúde coletivo com menos de 30 (trinta) beneficiários, a jurisprudência da Segunda Seção prevê que “a rescisão deve ser devidamente motivada, incidindo a legislação consumerista” (EREsp 1.692.594/SP, Segunda Seção, julgado em 12/2/2020, DJe de 19/2/2020); (iii) a despeito de a atual norma regulamentadora da ANS não proibir a cláusula de fidelidade com dever de aviso prévio e imposição de multa contratual, deve ser reconhecida a sua abusividade, a partir da anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009 da ANS pelo TRF/2ª Região nos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, e (iv) deve ser mantida a declaração de nulidade das cláusulas 23.2.1 e 23.3. do contrato de adesão da recorrente.

Com tais considerações, sua Excelência votou por negar provimento ao recurso especial.

A Ministra Daniela Teixeira, na sessão de 14.10.2025, apresentou voto parcialmente divergente, dando parcial provimento ao recurso especial para considerar válidas as cláusulas objeto de análise, ressalvada a expressão "imotivadamente" da cláusula 23.2.1, em vista dos seguintes fundamentos: **(i)** afastou a negativa de prestação jurisdicional, acompanhando no ponto a ilustre Relatora; **(ii)** entendeu ser desnecessária a citação da ANS, pois a controvérsia diz respeito apenas à legalidade e legitimidade de cláusulas contratuais; **(iii)** a ANS foi oficiada e ficou-se inerte; **(iv)** a competência da ANS não retira do Poder Judiciário a possibilidade de analisar se as cláusulas utilizadas em contrato de adesão estão ou não de acordo com a legislação aplicável; **(v)** está configurada a divergência jurisprudencial o que autoriza o conhecimento do recurso pela alínea "c" do permissivo constitucional; **(vi)** o parágrafo único do artigo 17 da Resolução ANS nº 195/2009, anulado em anterior ACP, obrigava as operadoras a prever em seu contrato exatamente o conteúdo da cláusula 23.1.1., protegendo os consumidores contra possíveis rescisões imotivadas; **(vii)** a anterior ACP não examinou e considerou abusivo o conteúdo das cláusulas, limitando-se a verificar se o fato de os consumidores ficarem presos a um contrato por pelo menos 12 (doze) meses era ou não ilegal, de modo que não é possível extrair-se a conclusão de que naquele julgado foi proibido o uso de tais cláusulas; **(viii)** a consequência do provimento

da anterior ACP foi somente desobrigar as operadoras de inserirem referidas cláusulas em seus planos; **(ix)** nos termos da jurisprudência desta Corte aplica-se à hipótese o Código de Defesa do Consumidor; **(x)** as cláusulas em exame não se inserem na vedação do artigo 51, XI, do Código de Defesa do Consumidor; **(xi)** a cisão das cláusulas facilita a atividade integrativa do contrato, a qual pode ser exercida pelo magistrado, reequilibrando a relação entre as partes; **(xii)** diante da jurisprudência firmada nesta Corte, no sentido de que a rescisão imotivada do contrato com até 30 vidas por parte da Operadora é abusiva, parte da cláusula 23.2.1. do contrato de adesão deve ser considerada abusiva, podendo ser, contudo, mantida na parte que garante ao consumidor a rescisão imotivada; **(xiii)** não há jurisprudência firmada acerca da validade da cláusula que prevê a necessidade de manutenção do contrato pelo prazo de 12 (doze) meses e de notificação prévia para a rescisão; **(xiv)** a imposição destes deveres pela cláusula 23.2.1 não implica o estabelecimento de posição de vantagem excessiva para a operadora de plano de saúde, pois valem para ambas as partes; **(xv)** é vantajoso para a parte contratante, mais vulnerável, saber que o contrato não será desfeito pelo prazo de 12 (doze) meses e, caso isso ocorra, terá o prazo de 60 (sessenta) dias para providenciar outro; **(xvi)** a jurisprudência afastou a abusividade desta cláusula no que diz respeito aos planos individuais, equiparados aos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários; **(xvii)** a obrigação de manutenção do plano por 12 (doze) meses e a notificação prévia de 60 (sessenta) dias são períodos razoáveis, não sendo capaz de gerar fidelidade inquebrantável do consumidor; **(xviii)** não é porque a parte é vulnerável que lhe deva ser garantida segurança jurídica sem nenhum ônus, sendo necessária a observação da boa-fé objetiva; **(xix)** apesar de a cláusula que estipula a multa esteja prevista somente em benefício da operadora, essa pode ser multada em razão da regulação de sua atividade, como se vê do artigo 25 da Lei nº 9.656/1998 e 56, I, do CDC; **(xx)** o percentual de 50% (cinquenta) por cento não é desproporcional, tomando em conta seu caráter dissuasório e a base de cálculo sobre a qual incide, isto é, o valor das contraprestações que não serão pagas; **(xxi)** sopesadas as consequências da decisão, verifica-se que a declaração de nulidade pode afetar o equilíbrio da carteira de contratos coletivos de até 30 vidas; **(xxii)** a Amil será a única operadora obrigada a manter contratos que lhe são economicamente prejudiciais, custos que repercutirão na formação dos preços de seus produtos, dificultando o acesso do consumidor e favorecendo os seus concorrentes, **(xxiii)** há uma relação direta entre a livre concorrência e a proteção ao consumidor, de modo que afetar a concorrência pode importar em disfuncionalidades no mercado, e **(xxiv)** as consequências práticas da declaração de nulidade destas cláusulas não serão benéficas nem para os consumidores, nem para o mercado.

1. Da negativa de prestação jurisdicional

A recorrente afirma que a Corte de origem teria deixado de se manifestar acerca dos seguintes pontos: (i) risco de desregulamentação; (ii) potenciais danos concorrenciais da decisão, já que as principais operadoras do país têm cláusulas similares em seus contratos; (iii) da autorização da ANS para a inserção das referidas

cláusulas, e (iv) do fato de a lide estar inserida em um setor regulado, de elevada complexidade, objeto de arcabouço regulatório instituído pela Agência Reguladora competente.

Quanto aos mencionados pontos, a Corte de origem assim se manifesta:

"(...)

Por fim, vale acrescentar que, como bem destacado nas contrarrazões, o embargante traz novas teses no bojo dos embargos de declaração para obtenção de pronunciamento judicial (I - ocorrência de reciprocidade das cláusulas declaradas nulas em favor da empresa ré; II - risco de desregulamentação e dos danos concorrenciais que serão causados ao setor da saúde suplementar pelo desfecho dessa lide e III - efeitos da decisão no papel regulamentador da ANS), o que não merece prosperar" (e-STJ fl. 1.220, grifou-se).

É de se ver, porém, que essas matérias não são teses novas, trazidas à apreciação somente em aclaratórios, valendo transcrever o seguinte trecho da apelação:

"(...)

A prática reconhecida como ilícita nos presentes autos continuará sendo adotada pelas mais de 750 operadoras de planos de saúde do país, com a manutenção em seus contratos da previsão do aviso com 60 dias de antecedência em caso de rescisão imotivada antes do prazo mínimo de 12 meses – com a anuência e concordância da ANS, inclusive.

35. Isso apenas demonstra que a presente ação civil pública tem a pretensão de interferir em todo o sistema de saúde suplementar, não se restringindo apenas à relação contratual estabelecida entre a Amil e aos seus beneficiários, conforme reconhecido pela r. sentença.

(...)

49. A Agência já esclareceu o conteúdo da decisão judicial proferida pelo TRF-2 na ação civil pública 0136265-83.2013.4.02.5101, ressaltando que, como o caput do art. 17 continua válido, cabe às partes prever e instituir as regras para rescisão imotivada desse tipo de vínculo.

(...)

91. Há, ainda, mais um argumento relevante que justifica a reforma da r. sentença, que consiste **no verdadeiro risco de gravíssima desregulação do setor e o conseqüente dano concorrencial em desfavor da Amil.**

(...)

95. Em uma palavra, a declaração de nulidade da cláusula 23.2.1 no que se refere à exigência de aviso prévio gera prejuízos concorrenciais imensos e irremediáveis à Amil, o que demonstra, também, a necessidade de reforma da r. sentença, para que seja declarada a legalidade da cláusula mencionada, aplicando-se a mesma norma regulamentadora que orienta as disposições contratuais das mais de 750 outras operadoras de planos de saúde no país" (e-STJ fls. 908/937)

Assim, a Corte de origem deixou de se manifestar acerca de pontos fundamentais para o deslinde da controvérsia, os quais, por se tratarem de questões de direito, consideram-se incluídos no aresto recorrido, por força do disposto no artigo 1.025 do Código de Processo Civil.

2. Do litisconsórcio passivo necessário

A recorrente afirma que a participação da ANS era indispensável no feito, pois a Agência expressamente autoriza e valida as cláusulas cuja nulidade foi declarada. Alega que com a revogação do parágrafo único do artigo 17 da RN 195/2009, o caput do

referido dispositivo permaneceu válido, exigindo que as condições de rescisão do contrato estejam estabelecidas no próprio instrumento, como no caso. Defende que a exigência de aviso prévio de 60 (sessenta) dias e vigência mínima de 12 (doze) meses sob pena de multa são estipulações válidas, inexistindo abusividade ou nulidade.

Cumpre assinalar de início, que no REsp nº 1.118.443/RJ, apontado pela recorrente em amparo de sua tese, a questão controvertida se resumia a verificar se a Resolução nº 13 do Conselho de Saúde Suplementar - Consu extrapolava os limites estabelecidos pela Lei nº 9.666/1998 ao tratar do período de carência contratual, situação em que se considerou ser indispensável a formação de litisconsórcio entre a operadora, a União e a ANS em vista dos seguintes fundamentos:

"(...)

De fato, como bem pontuado pela eminente Ministra Maria Isabel Gallotti, o correto seria o ajuizamento de ação no âmbito da Justiça Federal em face da ANS [e também da União, em vista de o ato administrativo ter sido editado pelo Consu], buscando dela obter provimento de controle de legalidade do ato administrativo, extensivo uniformemente a todo o mercado regulado, já que a cláusula dos instrumentos contratuais limitam-se a reproduzir ato normativo da autoridade estatal competente.

É dizer, no tocante aos substituídos e às inúmeras operadoras de planos de saúde rés, o pedido mediato da ação, e o decidido pelas instâncias ordinárias, pretensamente esvazia os efeitos do ato administrativo, a par de ensejar a possibilidade de coexistência de decisões inconciliáveis, caso, por exemplo, o ato administrativo venha, em ação nos moldes da que foi concebida por Sua Excelência, a ser questionado na Justiça Federal e considerado hígido.

"(...)

No caso, não se trata de ação civil pública visando dar cumprimento à regulamentação legal e/ou infralegal - hipótese mais frequente em que seria inquestionável a competência da Justiça estadual e a ausência de interesse institucional da ANS. Mas, na verdade, o que ocorre é que o acórdão recorrido acabou, por via transversa, "anulando sem anular" a disposição cogente infralegal, inclusive impedindo o estabelecimento de sanções pela ANS devido ao descumprimento do ato"

A situação ora em análise é diferente. Isso porque, houve uma ação antecedente: ACP nº 0136265-83.2013,4.02.5101, em decorrência da qual foi anulado o parágrafo único do artigo 17 da RN nº 195/2009/ANS com a participação da ANS. O que se discute, aqui, é a repercussão da anulação daquela norma nos contratos da operadora. Sob essa perspectiva não se sustenta a obrigatoriedade de formação do litisconsórcio necessário.

A recorrente alega, porém, que a presente ação atingirá outra norma, a qual não foi abarcada pela ACP anterior, isto é, o *caput* do artigo 17 da RN nº 195/2009 /ANS. Defende que as cláusulas estão de acordo com a referida disposição, a qual continua válida. Eis os termos do dispositivo em comento:

Art. 17 - As condições de rescisão do contrato ou de suspensão da cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem constar do contrato celebrado entre as partes.

Essa previsão foi repetida no artigo 23 da RN nº 557/2022/ANS.

No caso, as cláusulas cuja nulidade se aponta não reproduzem os termos da norma. Ademais, o só fato de a forma de rescisão estar prevista no instrumento não autoriza a conclusão de que toda e qualquer estipulação será tida por válida. Tampouco a declaração de nulidade das cláusulas será capaz de por via transversa atingir referido dispositivo, de modo que não estão presentes, a princípio, as condições que imporiam a formação de litisconsórcio necessário no polo passivo da ação.

Assim, não restou demonstrada a alegada violação dos artigos 114 e 155 do CPC.

3. Da usurpação de competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A recorrente alega, em apertada síntese, que a ANS considera válida a previsão de vigência mínima de 12 (doze) meses e o aviso prévio de 60 (sessenta) dias, desde que expressamente pactuadas no instrumento, como fazem as principais operadoras do setor. Menciona a resposta à consulta que foi formula à ANS acerca da extensão do que foi decidido na ACP nº 0136265-83.2013.4.02.5101.

Nos termos do artigo 4º, II, da Lei nº 9.961/2000, compete à ANS estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras.

De fato, a Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde no país, tendo como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores (artigo 3º da Lei nº 9.961/2000).

A assistência suplementar a saúde é um ambiente complexo, cabendo ao órgão regulador equilibrar o interesse dos consumidores, das operadoras e do mercado. A interferência em qualquer um desses pontos inexoravelmente reflete nos demais.

No que respeita aos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, os chamados "falsos coletivos" essa interferência é ainda mais sensível, pois se consolidaram como alternativa para famílias que não estão cobertas pelos planos empresariais propriamente ditos.

Com efeito, há entendimentos de que diante da fixação de um teto de reajuste para os planos individuais, esse produto deixou de ser atrativo (ou até mesmo viável) para as operadoras, que pararam de o oferecer em larga escala, o que forçou as famílias a muitas vezes aderirem a uma associação ou terem de abrir uma empresa, com um número mínimo ideal de 3 (três) sócios, para conseguir acesso a um plano de saúde.

A regulação de preços que tinha como objetivo proteger o consumidor dos reajustes abusivos, acabou por lhe dificultar o acesso aos planos.

Vale citar trecho do artigo "Revisão Judicial dos Reajustes de Planos de Saúde no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: entre a Livre Negociação e a Regulação de Preço":

"Porém, ao tentar corrigir as falhas de mercado, abre-se a possibilidade de falhas de regulação. O principal risco da regulação de preços é que o reajuste arbitrado por um regulador (seja a ANS ou um tribunal com base em perícia técnica) pode não ser suficiente para garantir a rentabilidade do produto, o que reduz incentivos para ofertá-lo e dificulta a atração de investimentos para o setor. Muitos atribuem a significativa redução no número de planos individuais nos últimos anos ao 'teto' estabelecido pela ANS, que tornaria essa opção menos rentável para operadoras, levando à diminuição da sua oferta e /ou à sua oferta com preço de venda mais alto para compensar a menor flexibilidade no reajuste (Hu; Maciel, 2021; Azevedo et al., 2016). Uma consequência disso seria o aumento dos planos 'falso coletivos', uma forma de pessoas físicas e famílias conseguirem comprar um plano com valor mais acessível, ainda que com menor proteção regulatória (Andrietta, 2022)" (RDP, Brasília, Vol. 21, nº 110, 367-394, abr/jun 2024).

Isso não significa que o Judiciário não deva discutir a validade de cláusulas contratuais e a legalidade das normas de regulação, ou que esteja havendo invasão da esfera de competência da Agência Reguladora como alega a recorrente, mas mostra como o debate não pode ficar limitado a um único aspecto da questão ou mesmo a apenas um dos polos da relação jurídica.

Na realidade, como ressaltou a Ministra Daniela Teixeira em seu judicioso voto, considerar as consequências práticas da decisão é determinação que decorre dos artigos 20 e 21 da LINDB.

Chama atenção o fato de que na ACP nº 0136265-83.2013.4.02.5101, que subiu a esta Corte como o AREsp nº 1.323.136/RJ, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro limitou-se, no voto condutor do acórdão, a analisar a questão sob o prisma da liberdade de escolha do consumidor, sem maiores aprofundamentos, mesmo diante da advertência de outro componente da Turma, que acabou acompanhando a relatora, mas com a seguinte ponderação:

"(...)

O que vai acontecer nessas hipóteses, e eu não consigo ver isso como, digamos, uma boa sinalização, é que os planos de saúde coletivos também serão onerados com um acréscimo de valor, já imaginando, já considerando essa possibilidade de desistência antes do prazo de um ano – normalmente, prazo de doze meses – fixado para aquele grupo de pessoas se manter vinculado ao plano de saúde.

*Quais são aqui os princípios envolvidos? O princípio do consumidor, o direito do consumidor, que não pode ser afastado, mas também a regra de mercado que implica... 'Assim vai ser a regra? **Daqui para a frente, então, teremos planos de saúde mais caros, mesmo dentro do âmbito do plano de saúde coletivo.**' Essa vai ser a regra de mercado. A regra de mercado aqui envolve a estimativa: quanto maior a possibilidade de retirada de pessoas do plano de saúde coletivo, maior o preço, porque menos coletivo ele passa a ser; ele passa a ter um grupo cada vez menor, e, portanto, a vantagem econômica para essas empresas acaba sendo menor, e essa vai passar a ser uma realidade".*

Nas razões do recurso especial, que não chegou a ser analisado por esta Corte, pois o agravo em recurso especial não foi conhecido, a ANS destacava que a supressão do parágrafo único do artigo 17 da RN 195 poderia prejudicar os usuários de planos de saúde:

*"(...) Ao contrário, a supressão do parágrafo único do artigo 17, da RN 195, criará um vazio normativo sobre o assunto que ela efetivamente regulou, que é a relação entre a operadora e a pessoa jurídica contratante de planos coletivos, isto sim **podendo trazer efeitos deletérios para os usuários de planos de saúde**"*

Diante do provimento da ação, a ANS expediu uma nota prestando esclarecimentos acerca do cancelamento e rescisão de contratos, da qual se extrai o seguinte trecho:

*"(...)
Em fevereiro de 2014, a 18ª Vara Federal da 2ª Região julgou procedente uma ação civil pública (processo nº [0136265-83.2013.4.02.5101](#)) do Procon Estadual do Rio de Janeiro (Procon-RJ) contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).*

A decisão determinou a anulação do parágrafo único do art. 17 do normativo que até então tratava da rescisão de contratos - a Resolução Normativa 195/2009. Tal parágrafo estabelecia que os contratos de planos de saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderiam ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

Tal medida, que pretendia dar ao consumidor o direito de rescindir o contrato a qualquer tempo, acabou por dar às operadoras o mesmo direito, pondo fim a uma situação de segurança para o beneficiário que antes tinha garantida a vigência de pelo menos 12 meses. A Resolução Normativa 195/2009 foi substituída pela RN 557/2022, a qual manteve parte da redação do artigo 17 em seu artigo 23:

'Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes'.

Assim sendo, mesmo com a anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009, as operadoras permaneceram obrigadas a dispor no contrato coletivo (empresarial ou por adesão) em que condições pode ocorrer a suspensão ou rescisão do contrato, observadas as regras previstas no Código Civil Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor".

Na hipótese, também não pode ser desconsiderado o risco concorrencial do ajuizamento de ações civis públicas compartmentadas, a despeito de as cláusulas ora em discussão se repetirem nos contratos das maiores operadoras de saúde.

Com essas considerações é preciso verificar o que de fato ficou decidido na ACP nº 0136265-83.2013.4.02.5101 e a validade das cláusulas objeto desta lide.

4. Da divergência jurisprudencial

Na mesma linha dos votos que me antecederam, entendo ser possível conhecer do recurso especial pela divergência, na medida em que o paradigma consignou que havia sido obedecida, no caso, a jurisprudência desta Corte, segundo a qual "o plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente (independentemente da existência de fraude ou inadimplência), após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência

mínima de 60 (sessenta) dias" (AgInt no REsp 1818993/GO, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 25/05/2021, DJe 28/05/2021 grifou-se).

Na ACP nº 0136265-83.2013.4.02.5101, o PROCON/RJ pretendia anular o parágrafo único do artigo 17 da Resolução nº 195/2009, "para permitir que os consumidores possam rescindir o contrato sem que lhes sejam impostas multas contratuais em razão da fidelidade imposta de 12 meses de permanência e 2 meses de pagamento antecipado de mensalidades, sob pena de multa diária".

O pedido foi julgado procedente, para declarar a nulidade do artigo 17, parágrafo único da RN nº 195/2009/ANS, "autorizando, de conseguinte, que os consumidores possam rescindir o contrato sem que lhes sejam impostas multas contratuais em razão da fidelidade de 12 meses de permanência e 2 meses de pagamento antecipado de mensalidades, **impostas no ato administrativo viciado**".

Esse título permite duas interpretações. A primeira, extensiva, no sentido de que ao anular o ato administrativo, a decisão automaticamente poderia ser estendida para alcançar as cláusulas contratuais que contivessem disposições idênticas ou semelhantes àquelas contidas na norma anulada, entendimento, salvo melhor juízo, trilhado pelo voto da ilustre Ministra Nancy Andrichi.

Por outro lado, é possível que se adote uma interpretação restritiva, no sentido que o título se limitou a expungir a norma administrativa do arcabouço normativo, de modo que não há mais obrigatoriedade de que cláusulas com aquele teor constem dos contratos, as quais antes da anulação eram "impostas no ato administrativo viciado". Assim, haveria um vazio normativo, remanescendo, apenas, a exigência de que as condições de rescisão constem do contrato, nos termos do artigo 17, caput, da RN 195/2009/ANS, posição adotada no voto da ilustre Ministra Daniela Teixeira.

Essa linha restritiva de interpretação pode ser retirada da própria inicial da presente ação que consigna:

"(...)

Por sua vez, em que pese a regulamentação da ANS permitir que aos planos de saúde possam pactuar as regras e condições de rescisão contratual, tal mecanismo não afasta a aplicabilidade do CDC, nem confere à seguradora a liberdade irrestrita de conformação de cláusula contratual que coloquem os consumidores em desvantagem exagerada, retirando-lhe, em última análise, como efeito colateral da abusiva fidelização, o afastamento do seu direito de escolha a um plano de saúde mais adequado e conveniente aos seus anseios, direito esse, que é literalmente tolhido, diante da imposição de multas contratuais desproporcionais".

E depois de apontar as diversas normas que estariam sendo violadas no caso e justificariam a nulidade das cláusulas, o Ministério Público acrescenta em reforço da argumentação:

"(...)

Ademais, tal punição contratual, também, não encontra mais razão de persistir, diante a nulidade da norma regulatória que embasava a possibilidade de cobrança de multa por fidelidade pelas operadoras de saúde, declarada nula mediante título judicial transitado em

julgado, com eficácia em todo território nacional, com fundamento nos arts. 81 e 103 do CDC, o que permitiu que os consumidores possam rescindir o contrato sem que lhe sejam impostas multas contratuais em razão da fidelidade de 12 meses de permanência e 02 meses de pagamento antecipado de mensalidade".

A interpretação restritiva, salvo melhor juízo, é a que mais se adequa ao caso em análise. Isso porque a anterior ação civil pública tinha como escopo principal retirar a norma considerada viciada do ordenamento regulatório, pois seria suficiente para conformar as cláusulas dos contratos em detrimento dos interesses dos consumidores.

O que se tem, agora, é a exigência de que a forma de rescisão esteja prevista no próprio contrato, o que permitirá aos consumidores e ao Ministério Público, como no caso, questionarem seu conteúdo, já que não há mais norma regulamentar determinando seu teor.

5. Da validade das cláusulas contratuais

As cláusulas do contrato padrão da recorrente têm o seguinte teor:

*23.2. - Para fins de **rescisão do contrato**, fica certo entre as partes que:*

*23.2.1. - O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, **imotivadamente**, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.*

23.3. - Caso a CONTRATANTE extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeito ao pagamento de multa rescisória à AMIL no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos à coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da AMIL, mediante prévio aviso à CONTRATANTE.

No que respeita à cláusula 23.2.1., a jurisprudência desta Corte já se firmou no sentido de que não é possível a rescisão imotivada de contratos coletivos com menos de 30 (trinta) vidas por parte da operadora, valendo citar o seguinte precedente da egrégia Segunda Seção:

"EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. CATEGORIA. MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL. PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO. CARACTERÍSTICAS HÍBRIDAS. APLICAÇÃO DO CDC. VULNERABILIDADE CONFIGURADA. MOTIVAÇÃO IDÔNEA. NECESSIDADE. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA PROVIDOS.

1. As avenças coletivas com número pequeno de usuários possuem natureza híbrida, pois ostentam valores similares aos planos individuais, já que há reduzida diluição do risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências e, em contrapartida, estão sujeitos à rescisão unilateral pela operadora e possuem reajustes livremente pactuados, o que lhes possibilita a comercialização no mercado por preços mais baixos e atraentes.

2. *Inquestionável a vulnerabilidade dos **planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) beneficiários**, cujos estipulantes possuem pouco poder de negociação diante da operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.*

3. *Não se pode transmudar o contrato coletivo empresarial com poucos beneficiários para plano familiar a fim de se aplicar a vedação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998, porém, **a rescisão deve ser devidamente motivada, incidindo a legislação consumerista.***

4. *Embargos de divergência providos".*

(EREsp nº 1.692.594/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 12/2/2020, DJe de 19/2/2020 - grifou-se)

Nesse contexto, a cláusula deve ser considerada nula, pois não se mostra possível a rescisão imotivada por parte da operadora em nenhum período. E aqui, com a devida vênua da ilustre Ministra Daniela Teixeira, não parece ser possível a realização de atividade integrativa, pois ainda que haja parte da cláusula que possa ser considerada válida, caberá à própria operadora fazer a adaptação dos contratos que oferecerá ao mercado.

Assim, ainda que não seja inserida a necessidade de notificação prévia por parte da operadora no caso de rescisão, essa situação poderá ter sua validade analisada futuramente.

Em relação à cláusula 23.3. que permite ao consumidor rescindir o contrato imotivadamente antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses, mas condiciona esse direito ao pagamento de multa no valor de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do prazo mínimo de vigência, não parece que haja vantagem desproporcional para a operadora.

Com efeito, a manutenção do plano de saúde por um prazo mínimo no caso de poucos participantes é indispensável para que se forme uma reserva que garanta o atendimento de todos os beneficiários. Trata-se de exigência decorrente da natureza do contrato. Diante disso, é necessário que a multa tenha não somente o papel de desestimular a rescisão prematura, como também o papel de compensar os custos havidos.

De fato, a realização de procedimentos de alta complexidade e o desfazimento do contrato no momento seguinte, antes mesmo do atingimento do prazo mínimo, prejudicariam não somente a operadora, mas também todo o restante dos participantes, que poderiam ter de arcar com o aumento das mensalidades em razão do incremento da sinistralidade.

O aumento de custos causaria, ainda, prejuízo aos aderentes de novos planos, que em virtude da possibilidade de rescisão antecipada, teriam custos maiores de ingresso.

Assim, a nulidade da referida cláusula teria consequências danosas para os planos coletivos de menos de 30 (trinta) vidas, os quais se tornaram o refúgio daqueles que não mais conseguem acesso aos planos individuais, acabando por prejudicar os próprios consumidores.

Acrescente-se, ainda, que não há violação a normas consumeristas e a reciprocidade da multa é garantida pela legislação de regência. Ademais, como bem destacou a Min. Daniela Teixeira em seu voto, o dever de vigência mínima pelo prazo de

12 (doze) meses é imposto aos contratos individuais (art. 13, parágrafo único, da Lei nº 9.656/1998), de modo que não se antevê abusividade ao ser estendido aos contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, muitas vezes equiparado àqueles.

O que se extrai dessa previsão contratual, na realidade, é a busca do equilíbrio necessário para a garantia de segurança jurídica mínima dos contratantes.

Cumpre assinalar, por fim, que conquanto não sejam desejáveis ações civis públicas compartimentadas, pois podem gerar inequívocas disfuncionalidades e prejuízos concorrenciais, a declaração de nulidade da cláusula 23.2.1. não imporá perdas à recorrente, já que todos os planos, por força da jurisprudência firmada, já estavam cientes da ilegalidade de ter cláusulas que autorizassem a rescisão imotivada pela operadora.

6. Do dispositivo

Ante o exposto, divergindo em parte dos votos que me antecederam, dou parcial provimento ao recurso especial para declarar a validade da cláusula 23.3. do contrato padrão da recorrente.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2190906 - DF (2025/0000420-0)

RELATORA : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**
RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

ADITAMENTO AO VOTO

Na sessão de 20/05/2025, proferi voto no sentido de negar provimento ao recurso especial da AMIL, ocasião em que a E. Ministra Daniela pediu vista dos autos.

Após a detida leitura do minucioso voto-vista apresentado nesta sessão, peço licença para tecer algumas poucas considerações.

De início, como destacou Sua Excelência, faço constar, no que tange à violação dos arts. 114 e 115, I, do CPC e do art. 4º, II, da Lei Federal n. 9.961/00, que não se verifica a necessidade de participação da ANS como litisconsorte passivo necessário ou a violação de sua competência.

Com efeito, o TJ/DFT registrou que "foi encaminhado Ofício à ANS, solicitando manifestação sobre eventual interesse na demanda (Id nº 44812275), o qual foi recebido pela agência reguladora, entretanto, não houve qualquer resposta ao juízo de origem, consoante certidão de Id nº 44812285" (e-STJ fl. 1048). E, como destacado pela Desembargadora Maria de Lourdes Abreu, "após a decisão judicial proferida pelo Tribunal Regional Federal da 2ª Região, nos autos da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01 ajuizada pelo PROCON/RJ contra a Agência Nacional de Saúde, o citado dispositivo foi revogado pela Resolução Normativa da ANS nº 455/2020, de forma que não encontra mais respaldo na regulamentação da ANS a exigência do cumprimento de 60 (sessenta) dias de aviso prévio para

concretizar a rescisão imotivada pelo estipulante, ainda que o pedido seja feito antes do prazo de 12 (doze) meses da contratação" (e-STJ fl. 1065).

Além disso, ao contrário do que afirma a AMIL (recorrente), não houve, neste recurso, a decretação de "**nulidade de disposições normativas** autorizadas pela ANS" (e-STJ fl. 1267), mas, como afirmado no acórdão recorrido, a declaração de "**abusividade das cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de seguro de saúde de pessoa jurídica**" (e-STJ fl. 1063).

Superada essa questão, constata-se que a divergência apresentada por Sua Excelência reside apenas na análise da validade das cláusulas 23.2.1 e 23.3, relativas à rescisão do contrato de adesão celebrado com a AMIL (recorrente), as quais estão assim redigidas:

23.2 – Para fins de rescisão do contrato, fica certo entre as partes que:

23.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período de 12 (doze) meses, desde que haja prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

(...)

23.3 – Caso a CONTRATANTE extinga imotivadamente ou venha a dar causa à extinção do contrato, antes de transcorrido o prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência, ficará sujeita ao pagamento de multa rescisória à AMIL no valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) das contraprestações vincendas até o término do referido prazo mínimo de vigência, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do contrato, aqui incluídos os valores relativos a coparticipação e franquia, ainda que futuramente exigidos; sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a critério exclusivo da AMIL, mediante prévio aviso à CONTRATANTE. (fl. 1.079, e-STJ – grifou-se)

Enquanto em meu voto neguei provimento ao recurso da AMIL para manter o acórdão que reconheceu a abusividade das referidas cláusulas, aplicando a jurisprudência do STJ a partir dos fundamentos do acórdão do TRF/2ª Região que declarou a nulidade do parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa 195/2009 da ANS (Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01), a E. Ministra Daniela Teixeira deu parcial provimento ao recurso para declarar "válidas as cláusulas 23.2.1 e 23.3 do contrato de adesão de cobertura de assistência médica e hospitalar de pessoa jurídica com até 30 beneficiários da recorrente, mantendo somente a nulidade da expressão 'imotivadamente' da cláusula 23.2.1 para a recorrente, razão pela qual somente a contratante terá o direito de rescindir o contrato imotivadamente após o período de 12 meses e com aviso prévio de 60 dias".

Em primeiro lugar, a despeito de afastar o dever de motivação, a E. Ministra Daniela mantém, para a contratante (consumidora), os deveres de

fidelidade de 12 meses e aviso prévio de 60 dias, deveres esses que foram expressamente afastados pelo TRF/2ª Região, no julgamento da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, com esses fundamentos:

De outro lado, cumpre ressaltar que a autorização, concedida pelo artigo 17 da RN/ANS 195/2009, para que os planos de saúde coletivos estabeleçam, em seus contratos, cláusulas de fidelidade de doze meses, com cobrança de multa penitencial, caso haja rescisão antecipada dentro desse período, **viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso**, bem como enseja à prática abusiva ao permitir à percepção de **vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde**, ao arrepio dos incisos II e IV, do art. 6º, do CDC.

Diante de tal quadro, **restou configurada a abusividade do art. 17 da Resolução Normativa da ANS nº 195, na medida em que tal dispositivo deixa os usuários de plano de saúde em situação de desvantagem em relação as operadoras e obrigam o consumidor, sob pena de suportar penalidades, a permanecer vinculado a determinado plano de saúde, mesmo que este não atenda mais suas necessidades.** (fl. 832, e-STJ – grifou-se)

Em segundo lugar, verifica-se que a cláusula 23.2.1 do contrato, cuja validade foi reconhecida por Sua Excelência, é mera repetição do parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa 195/2009 da ANS, declarado nulo pelo TRF/2ª Região, assim redigido:

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial **somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.** (Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01). (Anulado pela RN nº 455, de 30/03/2020)

Em terceiro lugar, como bem observou o TJ/DFT, a cláusula 23.3, cuja validade também foi reconhecida por Sua Excelência, coloca o consumidor (contratante) em desvantagem exagerada, porquanto estabelece que “a rescisão antecipada poderá lhe custar o pagamento de multa de metade do valor do contrato”, mas “não há a mesma penalidade para as situações de rescisão contratual por parte da operadora de plano de saúde” (e-STJ fl. 1052). Essa prática, vale frisar, foi igualmente rechaçada pelo TRF/2ª Região, por configurar “vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde” (fl. 832, e-STJ).

A par desses fundamentos, verifica-se, com a máxima vênia, que a solução proposta pela E. Ministra Daniela implica, em verdade, a criação de nova cláusula contratual, na medida em que, a despeito de reconhecer a validade das já existentes

(23.3.1 e 23.3), altera, substancialmente, o seu conteúdo e alcance, com a determinação de retirada da expressão “imotivadamente” e a imposição da obrigação somente para a contratante AMIL (recorrente).

Ora, se para reconhecer a validade das cláusulas é necessário suprimir palavra relevante (“imotivadamente”) e negar importante expressão contida no seu texto (“qualquer uma das partes”), limitando, ainda, a aplicação do disposto a apenas uma das partes contratantes, fica evidente que as cláusulas, como estão redigidas, são nulas.

Por sinal, quanto à premissa que sustenta a divergência, cabe esclarecer, com a devida vênia, que a manifestação da ANS, citada em meu voto, não é no sentido de que “o objetivo **deste parágrafo** [do art. 17 da RN 195/2009] era o de proteger o consumidor, tanto garantindo uma vigência mínima de 12 meses do contrato quanto possibilitando que o consumidor o rescindisse imotivadamente”, como afirmado no voto-vista, mas sim de que esse era o objetivo **da decisão que determinou a anulação do parágrafo único do art. 17 da RN 195/2009**, o qual, segundo o TRF, “viola o direito e liberdade de escolha do consumidor de buscar um plano ofertado no mercado mais vantajoso, bem como enseja à prática abusiva ao permitir à percepção de vantagem pecuniária injusta e desproporcional por parte das operadoras de planos de saúde, ao arrepio dos incisos II e IV, do art. 6º, do CDC”.

É o que se extrai, inclusive, do dispositivo do acórdão do TRF/2ª Região, transcrito em meu voto, nestes termos: “a) Declarar nulo o parágrafo único do artigo 17 da RN 195, de 14 de julho de 2009, da ANS, **autorizando, de conseguinte, que os consumidores possam rescindir o contrato sem que lhe sejam impostas multas contratuais em razão da fidelidade de 12 meses de permanência e 2 meses de pagamento antecipado de mensalidades**, impostas no ato administrativo viciado”.

Nessa toada, afirmar que “a consequência da revogação do parágrafo único do art. 17 da RN n. 195/2009 é tão somente que as operadoras de plano de saúde não estão mais obrigadas a incluir em seus contratos de adesão as cláusulas que preveem o período mínimo de 12 meses e o aviso de 60 dias para a rescisão imotivada, cabendo a cada empresa avaliar a conveniência ou não de incluir essas cláusulas no que tange à captação da clientela” é, respeitosamente, esvaziar por completo o comando judicial extraído da decisão transitada em julgado na Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01.

Noutra toada, após as várias ponderações orais realizadas na sessão de julgamento, adiro ao fundamento do voto do E. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva para manter a validade da cláusula 23.3.

Isso porque, a nulidade da referida cláusula, como reconhecida pelo TJ /DFT, foi inicialmente mantida em meu voto em virtude da falta de reciprocidade com a operadora, fundamento esse que foi afastado pelo I. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, em voto-vista, considerando, para tanto, que "a reciprocidade da multa é garantida pela legislação de regência".

Com efeito, por não implicar alteração na redação da referida cláusula, adequo meu voto ao de Sua Excelência, quanto a este ponto, para manter a validade da cláusula 23.3, ressaltando, igualmente, a necessidade de observância da reciprocidade com relação à extinção antecipada do contrato pela operadora, de modo a eliminar, assim, a desvantagem imposta ao consumidor.

Com o acréscimo dessas considerações, realinho parcialmente meu voto para dar parcial provimento ao recurso especial, a fim de declarar a validade da cláusula 23.3 do contrato padrão da recorrente AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2025/0000420-0

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.190.906 / DF

Números Origem: 07224205120218070001 7224205120218070001

PAUTA: 18/11/2025

JULGADO: 09/12/2025

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Relator para Acórdão

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

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **HUMBERTO MARTINS**

Subprocurador-Geral da República

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

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.
ADVOGADOS : SÉRGIO MACHADO TERRA - RJ080468
WILLIE CUNHA MENDES TAVARES - RJ092060
YURI MACIEL ARAUJO - RJ201077
ALBERTO LUCAS ALBUQUERQUE DA COSTA TRIGO - RJ205716
DANIEL FORTES AGUILERA CAMPOS - RJ222399
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA E SILVA - RJ223183
ADVOGADA : ANA CAROLINA SCHAUSTZ PINTO - RJ231512
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS

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:

Prosseguindo no julgamento, após o voto-vista divergente do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva e o realinhamento parcial do voto da Sra. Ministra Nancy Andrighi, a Terceira Turma, por maioria, deu parcial provimento ao recurso especial, em menor extensão, nos termos do voto do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, que lavrará o acórdão. Vencidos os Srs. Ministros Daniela Teixeira e Humberto Martins. Participaram do julgamento os Srs. Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva, Moura Ribeiro e Daniela Teixeira.

 2025/0000420-0 - REsp 2190906