

## Plano de saúde coletivo, morte do titular e o dever de informação

A 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça julgou no último dia 23 o Recurso Especial nº 1.841.285, de relatoria da ministra Nancy Andrighi, cujo entendimento foi o de que *"na hipótese de falecimento do titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos artigos 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral"* (REsp 2020, DJe 9/9/2020) [\[1\]](#).



No acórdão se extrai que a recorrente era contratualmente *"beneficiária*

*no grupo familiar de sua falecida genitora, após transcorrido o prazo de 24 meses da morte da titular"*. A Geap cancelou a cobertura contratual após a morte da mãe da genitora da recorrente e esta obteve tal informação ao ter negada autorização para consulta pré-natal.

Diante disso, a beneficiária da falecida titular manejou demanda de compensação por "danos morais", bem como a manutenção do contrato de plano de saúde coletivo, que tinha sido negado pela Geap Autogestão em Saúde (Geap).

A sentença proveu o pedido para restabelecer o contrato, sem necessidade de novas carências e o valor compensatório a título de "danos morais" na monta de R\$ 6 mil. A Geap apelou e teve seu recurso provido pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJ-DFT):

*"2. Considerando que a apelada se enquadra na qualidade de segurada agregada, que é aquele que têm um vínculo com o titular, mas não se enquadra na categoria de segurados dependentes, que são os filhos solteiros com até 21 anos de idade, ou 24 se estudantes, e os inválidos, ela não faz jus à manutenção do contrato depois de decorridos 24 meses do óbito da titular. Inteligência do artigo 30 da Lei nº 9.656/98, do convênio firmado entre a operadora e o órgão público patrocinador, e dos regulamentos dos planos.*

*3. Sendo lícita a suspensão do atendimento após o encerramento da vigência do contrato, não é devida compensação por danos morais".*



O recurso especial apontou negativa de vigência pelo acórdão recorrido do artigo 30, § 3º, da Lei nº 9.656/98 [2], sob o seguinte fundamento: *"O direito de assumir a posição de titular do plano de saúde, saindo da condição de dependente inscrita, desde que arque com as obrigações decorrentes, em virtude da ausência de extinção da avença, não sendo empecilho, para tanto, o gozo do período de remissão"*.

A discussão posta, portanto, é saber os limites e as possibilidades do que se entenda por beneficiário do titular de contrato de prestação de serviços e de bens relacionados à tutela da saúde.

O entendimento do TJ-DFT, ao interpretar o artigo 30 da Lei nº 9.656/98, foi o de que a recorrente não pode se manter segurada do plano após o período de remissão por ela ser segurada agregada vinculada à titular, mas não se enquadrando como segurada dependente.

O STJ, a fim de respeitar a estabilidade, a coerência e a integridade postas no artigo 926 do Código de Processo Civil (CPC), decidiu em 2020 que *"falecendo o titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos artigos 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral"* (REsp 1.871.326). O TJ-DFT afastou tal entendimento pelo fato de a recorrente ser segurada agregada e não dependente da beneficiária titular.

Além disso, o STJ (REsp 1.841.285) entendeu que o artigo 30, §2º e §3º, da Lei nº 9.656/98 permite a permanência no contrato de plano de saúde de todo grupo familiar em caso de rompimento de contrato de trabalho, assim como dos dependentes em caso da morte do beneficiário titular. Não, por conseguinte, distinções entre segurados agregados e dependentes [3].

Nessa linha, corretamente, entendeu o STJ, que *"não há como fazer uma interpretação puramente literal e isolada do §3º do artigo 30 da Lei 9.656/1998; a interpretação há de ser feita em harmonia com o direito instituído pelo § 2º, garantindo, assim, que, no caso de morte do titular, os membros do grupo familiar — dependentes e agregados — permaneçam como beneficiários no plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral, na forma da lei"* (REsp 1.841.285). Utilizou, ainda, o artigo 2º, I, "b", da Resolução ANS 295/2012, no qual, aponta que *"b) beneficiário dependente: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular"*.

No acórdão, o STJ concluiu que *"não se sustenta a tese defendida pelo TJDFR de que 'o §2º cuida da manutenção do plano para todos os integrantes do grupo familiar no caso de rompimento do contrato de trabalho ou vínculo funcional do titular, ao passo que, relativamente à morte do titular, o §3º contempla expressamente apenas os dependentes', inclusive porque a morte, evidentemente, trata de uma das hipóteses de rompimento do vínculo empregatício"* (REsp 1.841.285).

Desse modo, a recorrente, de acordo com o § 1º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98, o prazo de permanência no mencionado contrato ocorre entre seis e 24 meses após o rompimento do vínculo da titular beneficiária com operadora de plano de saúde. Nesse passo, a recorrente não pode ficar mais do que 24 meses vinculada contratualmente, o que ocorreu no caso em tela e ensejou o correto encerramento da relação contratual pelo termo temporal da relação.



O exercício regular do direito (Código Civil, artigo 188, I) foi exercido pela operadora de plano de saúde, o que afastou a discussão sobre eventual dano "moral" sofrido pela recorrente. Não obstante isso, a recorrente pode se utilizar *"da portabilidade de carências, a fim de fique isento da necessidade de cumprimento de um novo período de carência depois de exaurido o prazo para manutenção do plano anterior, de acordo com os artigos 6º e 8º, I e § 1º, da Resolução ANS 438/2018"* (REsp 1.841.285).

Por fim, o STJ no REsp 1.841.285, reafirma direitos importantes do consumidor, qualquer membro do grupo familiar do falecido beneficiário como aquele de manutenção no plano no período de seis a 24 meses em caso de morte, assim como harmoniza com o direito da operadora do plano de encerrar a relação após os citados 24 meses.

Importante destacar um ponto não tratado pelo STJ no REsp 1.841.285 e no REsp 1.871.326, qual seja, a operadora de plano de saúde e/ou o ente público ou privado no qual tem contrato deve informar, na forma do artigo 30 do CDC, como chegou ao valor residual que o beneficiário deve arcar após a morte do beneficiário titular, a fim de que arque com o valor integral da prestação devida à operadora, a evitar a configuração da onerosidade excessiva vedada pelo artigo 6º, V, do CDC. A equanimidade contratual deve permanecer em todas as prestações, como já apontamos em outro texto [4], a expurgar a resilição contratual por impossibilidade de pagamento do consumidor nesses casos.

[1] Acórdão disponível em

<https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=2035963&formato=PDF>. Acesso 2/4/2021.

[2] O artigo 30 da Lei nº 9.656/98 tem a seguinte redação: "Artigo 30 – Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. § 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. § 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. § 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo. § 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho. § 5º A condição prevista no *caput* deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. § 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar".



[3] Bottesini, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos planos e seguros de saúde: comentada artigo por artigo*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2015, p. 272/273.

[4] FROTA, Pablo Malheiros da Cunha; NALIN, Paulo; CARVALHO DANTAS, Fernando. *Migalhas contratuais*. Redução das mensalidades escolares de instituições de ensino privadas como efeito do covid-19: Análise dos PLs 1.079/20 e 1.080/20 da Câmara Legislativa do Distrito Federal. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-contratuais/325547/reducao-das-mensalidades-escolares-de-instituicoes-de-ensino-privadas-como-efeito-do-covid-19-analise-dos-pls-1-079-20-e-1-080-20-da-camara-legislativa-do-distrito-federal>. Acesso em 2/4/2021.

## Meta Fields