

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.836.912 - SP (2019/0136427-3)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS EIRELI
ADVOGADOS : ANDRÉIA CHRISTINA RISSON OLIVEIRA - SP257302
ANA CAROLINA CASABONA PAPTERRA LIMONGI - SP297050
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : OS MESMOS
RECORRIDO : JOSE ROBERTO RODRIGUES
RECORRIDO : NADINE GRUBISICI RODRIGUES
ADVOGADO : ANTONIO LUIZ BARROS DE SALLES FILHO - SP282499

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. VIOLAÇÃO DE RESOLUÇÃO DA ANS. NÃO CABIMENTO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESILIÇÃO UNILATERAL. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. CONDENAÇÃO À MANUTENÇÃO DO CONTRATO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA COM A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 03/02/2017, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos em 10/07/2018 e 12/07/2018 e atribuídos ao gabinete em 11/06/2019.

2. O propósito dos recursos especiais consiste em decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a responsabilidade da administradora do plano de saúde coletivo empresarial decorrente da resilição unilateral do contrato; (iii) a obrigação de a operadora oferecer plano de saúde individual em favor dos beneficiários.

3. Conforme disposto no art. 105, III, "a" da CF/88, não é cabível recurso especial fundado em violação de ato normativo que não se enquadre no conceito de lei federal.

4. 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, II, do CPC/15.

5. A administradora de benefícios está subordinada à Lei 9.656/1998, nos termos do § 2º do art. 1º, e, segundo a Resolução 196/2009 da ANS, é definida como a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das atividades elencadas em seu art. 2º.

6. A despeito de condenada a manter o plano de saúde coletivo empresarial estipulado em favor dos recorridos, a administradora do benefício, por expressa vedação regulamentar (art. 8º da Resolução 196/2009 da ANS),

Superior Tribunal de Justiça

não pode ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

7. Nos contratos de plano de saúde revela-se, diante do beneficiário, uma verdadeira rede de contratos, na medida em que vários fornecedores conjugam esforços para atender a um interesse sistemático, consubstanciado na prestação do serviço de assistência à saúde, rede essa, no entanto, que, na visão do consumidor, se lhe apresenta como um só negócio jurídico.

8. Por compor essa rede de contratos voltada à prestação do serviço privado de assistência à saúde oferecido aos recorridos, sujeita à incidência do CDC, não pode a administradora do benefício ser eximida da responsabilidade solidária que se lhe imputa em decorrência da rescisão unilateral, sobretudo diante do seu destacado papel de intermediar a contratação do plano de saúde junto à operadora.

9. O cumprimento da ordem judicial exige a manifestação simultânea das duas vontades para a preservação do contrato entabulado em favor dos beneficiários: a da administradora, de estipular, em favor dos recorridos, a contratação do plano de saúde, e a da operadora, de oferecer aos recorridos a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais à saúde, nos limites daquele plano contratado.

10. O reconhecimento, à luz do CDC, de que a obrigação devida pelos recorrentes – de manter, em favor dos recorridos, o plano de saúde coletivo empresarial contratado – é solidária, a despeito dos diferentes papéis que exercem no contexto da citada rede contratual, implica também reconhecer que, na impossibilidade da prestação, subsistirá para os recorridos o direito de exigir de qualquer dos recorrentes o pagamento integral do equivalente, respondendo pelas perdas e danos somente o culpado; assim como, havendo a mora, poderão os recorridos exigir de qualquer dos recorrentes o valor integral dos respectivos juros, respondendo o culpado, pelo valor acrescido, perante o outro devedor.

11. Recursos especiais conhecidos em parte e, nessa extensão, desprovidos, com majoração de honorários.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos. Prosseguindo no julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, por unanimidade, negar provimento aos recursos especiais, prevalecendo os fundamentos do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva no recurso especial interposto por ADM Administradora de Benefícios Eireli. Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro

Superior Tribunal de Justiça

votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Brasília (DF), 20 de outubro de 2020(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI
Relatora



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.836.912 - SP (2019/0136427-3)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA
ADVOGADOS : ANDRÉIA CHRISTINA RISSON OLIVEIRA - SP257302
ANA CAROLINA CASABONA PAPTERRA LIMONGI - SP297050
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : OS MESMOS
RECORRIDO : JOSE ROBERTO RODRIGUES
RECORRIDO : NADINE GRUBISICI RODRIGUES
ADVOGADO : ANTONIO LUIZ BARROS DE SALLES FILHO - SP282499

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI (RELATOR):

Cuida-se de recursos especiais interpostos por ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA e BRADESCO SAUDE S/A, ambos fundados na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Ação: de obrigação de fazer, ajuizada por JOSE ROBERTO RODRIGUES e NADINE GRUBISICI RODRIGUES em face de ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA e BRADESCO SAUDE S/A, pretendendo a manutenção de contrato de plano de saúde coletivo empresarial, diante da notificação de rescisão unilateral pela administradora do benefício.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou procedente o pedido para determinar a manutenção do contrato de plano de saúde de que são beneficiários os autores.

Acórdão: o TJ/SP, à unanimidade, negou provimento às apelações interpostas por ADM e BRADESCO, nos termos da seguinte ementa:

PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO.

Insurgência contra sentença de procedência. Sentença mantida. Rescisão do contrato coletivo por iniciativa da estipulante. Legitimidade de partes. Legitimidade de partes se verifica a partir de exercício hipotético de acordo com os dados da petição inicial (Teoria da Asserção). Autores e réis são legítimos ativa e passivamente.

Superior Tribunal de Justiça

Continuidade do plano de saúde. Seguradora deve disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar à beneficiária (art. 1º, RN 19/CONSU, aplicado por analogia), mediante o custeio integral. Recursos desprovidos.

Embargos de declaração: opostos por ADM e BRADESCO, foram ambos rejeitados, à unanimidade.

Recurso especial de ADM: aponta violação dos arts. 1º e 10 da Lei 9.656/1998 e dos arts. 2º, 3º e 8º da Resolução Normativa 196/2009.

Sustenta que não pode ser responsabilizada, porquanto “Administradora de planos coletivos não comercializa planos de natureza individual, por tal razão, não poderia ofertá-los, nem tampouco disponibilizá-los” (fl. 403, e-STJ).

Alega que “as atividades praticadas pela ADM Administradora de Benefícios, ora Recorrente, são atribuídas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por meio de regulamentação específica, consoante dispositivo supra, e em nada se confundem ou se assemelham às atividades de uma Operadora de Planos de Saúde”, e que “na qualidade de Administradora de Benefícios, a participação desta Recorrente, em relação ao referido contrato de seguro saúde se encerrou perante a notificação do encerramento encaminhada para a empresa contratante, não possuindo qualquer responsabilidade acerca da oferta de planos individuais, cuja atividade é privativa de uma Operadora de Planos de Saúde” (fl. 406, e-STJ).

Afirma que “a regulamentação do setor veda que a Administradora mantenha rede própria ou credenciada para oferecer serviços médicos -hospitalares aos beneficiários” (fl. 407, e-STJ).

Pleiteia, ao final, “conhecimento e provimento do presente recurso para o fim de ser reformada a decisão que, mantendo o R. Julgado de Primeira

Superior Tribunal de Justiça

Instância determinou a disponibilização de planos individuais/familiares por ambas as rés” (fl. 415, e-STJ).

Recurso especial de BRADESCO: aponta violação do art. 1.022, II, do CPC/15 e dos arts. 12, 42, VII, XI e XXIII, da Lei 9.961 de 28/01/2000.

A par da negativa de prestação jurisdicional, alega que “a seguradora não possui essa obrigação de manter o recorrido em apólice individual, uma vez que não mais comercializa esse produto” (fl. 314, e-STJ).

Sustenta que “a referida Resolução Normativa [RN CONSU 19/1999] exclui expressamente a obrigação de transferência dos beneficiários das operadoras que não mais comercializam a modalidade individual de apólice de seguro, sendo esse justamente o caso dos autos, tendo em vista que a BRADESCO SAÚDE, com o aval da ANS, não mais comercializa apólices individuais” (fl. 316, e-STJ).

Pleiteia, ao final, o conhecimento e provimento do recurso especial “para julgar improcedentes os pedidos formulados” (fl. 317, e-STJ).

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/SP inadmitiu os recursos, dando azo à interposição dos respectivos agravos (AREsp 1.500.526/SP), providos para determinar a autuação em especial.

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.836.912 - SP (2019/0136427-3)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA
ADVOGADOS : ANDRÉIA CHRISTINA RISSON OLIVEIRA - SP257302
ANA CAROLINA CASABONA PAPATERRA LIMONGI - SP297050
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : OS MESMOS
RECORRIDO : JOSE ROBERTO RODRIGUES
RECORRIDO : NADINE GRUBISICI RODRIGUES

Superior Tribunal de Justiça

ADVOGADO : ANTONIO LUIZ BARROS DE SALLES FILHO - SP282499
EMENTA

RECURSO ESPECIAL. VIOLAÇÃO DE RESOLUÇÃO DA ANS. NÃO CABIMENTO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESILIÇÃO UNILATERAL. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. CONDENAÇÃO À MANUTENÇÃO DO CONTRATO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA COM A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 03/02/2017, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos em 10/07/2018 e 12/07/2018 e atribuídos ao gabinete em 11/06/2019.

2. O propósito dos recursos especiais consiste em decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a responsabilidade da administradora do plano de saúde coletivo empresarial decorrente da resilição unilateral do contrato; (iii) a obrigação de a operadora oferecer plano de saúde individual em favor dos beneficiários.

3. Conforme disposto no art. 105, III, "a" da CF/88, não é cabível recurso especial fundado em violação de ato normativo que não se enquadre no conceito de lei federal.

4. 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, II, do CPC/15.

5. A administradora de benefícios está subordinada à Lei 9.656/1998, nos termos do § 2º do art. 1º, e, segundo a Resolução 196/2009 da ANS, é definida como a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das atividades elencadas em seu art. 2º.

6. Apesar de condenada a manter o plano de saúde coletivo empresarial estipulado em favor dos recorridos, a administradora do benefício, por expressa vedação regulamentar (art. 8º da Resolução 196/2009 da ANS), não pode ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

7. Nos contratos de plano de saúde revela-se, diante do beneficiário, uma verdadeira rede de contratos, na medida em que vários fornecedores conjugam esforços para atender a um interesse sistemático, consubstanciado na prestação do serviço de assistência à saúde, rede essa, no entanto, que, na visão do consumidor, se lhe apresenta como um só negócio jurídico.

8. Por compor essa rede de contratos voltada à prestação do serviço privado de assistência à saúde oferecido aos recorridos, sujeita à incidência do CDC,

Superior Tribunal de Justiça

não pode a administradora do benefício ser eximida da responsabilidade solidária que se lhe imputa em decorrência da rescisão unilateral, sobretudo diante do seu destacado papel de intermediar a contratação do plano de saúde junto à operadora.

9. O cumprimento da ordem judicial exige a manifestação simultânea das duas vontades para a preservação do contrato entabulado em favor dos beneficiários: a da administradora, de estipular, em favor dos recorridos, a contratação do plano de saúde, e a da operadora, de oferecer aos recorridos a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais à saúde, nos limites daquele plano contratado.

10. O reconhecimento, à luz do CDC, de que a obrigação devida pelos recorrentes – de manter, em favor dos recorridos, o plano de saúde coletivo empresarial contratado – é solidária, a despeito dos diferentes papéis que exercem no contexto da citada rede contratual, implica também reconhecer que, na impossibilidade da prestação, subsistirá para os recorridos o direito de exigir de qualquer dos recorrentes o pagamento integral do equivalente, respondendo pelas perdas e danos somente o culpado; assim como, havendo a mora, poderão os recorridos exigir de qualquer dos recorrentes o valor integral dos respectivos juros, respondendo o culpado, pelo valor acrescido, perante o outro devedor.

11. Recursos especiais conhecidos em parte e, nessa extensão, desprovidos, com majoração de honorários.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.836.912 - SP (2019/0136427-3)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA
ADVOGADOS : ANDRÉIA CHRISTINA RISSON OLIVEIRA - SP257302
ANA CAROLINA CASABONA PAPTERRA LIMONGI - SP297050
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : OS MESMOS
RECORRIDO : JOSE ROBERTO RODRIGUES
RECORRIDO : NADINE GRUBISICI RODRIGUES
ADVOGADO : ANTONIO LUIZ BARROS DE SALLES FILHO - SP282499

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI (RELATOR):

Para melhor análise das questões trazidas a desate, far-se-á o julgamento conjunto dos recursos especiais.

O propósito dos recursos especiais consiste em decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a responsabilidade da administradora do plano de saúde coletivo empresarial decorrente da rescisão unilateral do contrato; (iii) a obrigação de a operadora oferecer plano de saúde individual em favor dos beneficiários.

DA DELIMITAÇÃO DA CONTROVÉRSIA

01. O contexto delineado no acórdão de apelação dá conta de que JOSÉ ROBERTO RODRIGUES e NADINE GRUBISICI RODRIGUES, desde 01/10/2013, eram beneficiários do plano de saúde coletivo empresarial operado por BRADESCO SAÚDE S/A, em razão do vínculo havido com Macfiber Comércio e Representação de Estruturas Metálicas EIRELI - ME e Brazgrating Indústria e Comércio de Artefatos Metálicos LTDA, e foram notificados pela ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA – administradora do benefício – da intenção de rescindir o contrato

a partir de 28/02/2017, em comum acordo com a operadora.

02. Consta do acórdão, ainda, que JOSÉ ROBERTO RODRIGUES encontrava-se, à época da rescisão, internado para o tratamento de câncer.

03. Diante desse cenário, o TJ/SP entendeu "acertada a sentença ao decretar a procedência dos pedidos para a manutenção dos contratos originais, eis que ausente prova de que foi oferecida alternativa à subestipulante que resguardasse os interesses dos beneficiários do plano, ainda que com aumento do valor da mensalidade especialmente porque, no caso, o apelado demonstra estar realizando tratamento de câncer, o que afasta a possibilidade de rescisão unilateral nesse momento (art. 13, parágrafo único, III, Lei 9.656/1998, interpretado extensivamente)" (fl. 286, e-STJ).

DA VIOLAÇÃO DE ATO INFRALEGAL (RESOLUÇÃO)

04. Conforme disposto no art. 105, III, "a" da CF/88, não é cabível recurso especial fundado em violação de ato normativo que não se enquadre no conceito de lei federal, a exemplo da Resolução Normativa 196/2009 da ANS, apontada pela ADM em suas razões.

DA NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL

05. Afirma o BRADESCO que há omissão no acórdão recorrido, ao não se manifestar o TJ/SP sobre a incidência, no particular, da hipótese de exceção contida no art. 3º da Resolução 219/1999 da CONSU, tendo em vista que não comercializa planos de saúde individuais.

06. Do acórdão recorrido, no entanto, extrai-se o seguinte:

Conquanto as apelantes tenham afirmado estarem impossibilitadas de fornecerem alternativa na forma de plano individual ou

familiar aos apelados, a alegada ausência de comercialização desses produtos não foi adequadamente comprovada.

Nesse cenário, acertada a sentença ao decretar a procedência dos pedidos para a manutenção dos contratos originais, eis que ausente prova de que foi oferecida alternativa à subestipulante que resguardasse os interesses dos beneficiários do plano, ainda que com aumento do valor da mensalidade especialmente porque, no caso, o apelado demonstra estar realizando tratamento de câncer, o que afasta a possibilidade de rescisão unilateral nesse momento (art. 13, parágrafo único, III, Lei 9.656/1998, interpretado extensivamente). (fl. 286, e-STJ).

07. E, no julgamento dos embargos de declaração, acrescentou o

TJ/SP:

A comprovação de que a seguradora não comercializa mais planos individuais e familiares deveria ter sido feita no momento oportuno, não se admitindo a juntada nesta sede de documentos que não sejam novos na definição legal do termo.

Ademais, a circunstância de não comercializar mais planos individuais não significa que não existem mais planos dessa modalidade em operação em que a embargante poderia, em obediência a ordem judicial expressa, incluir os embargados.

Por fim, o acórdão se sustenta tanto na necessidade de oferecer plano alternativo aos embargados como na impossibilidade de rescisão nesse momento por estar o embargado em tratamento contra câncer, circunstância suficiente para a manutenção do julgado. (fls. 373-374, e-STJ).

08. Logo, da leitura do acórdão recorrido verifica-se, sem adentrar no acerto ou desacerto do julgamento, que a questão foi devidamente analisada e discutida, estando suficientemente fundamentado o aresto, de modo a esgotar a prestação jurisdicional.

09. À vista disso, não há omissão a ser suprida, de modo que não se vislumbra a alegada violação do art. 1.022, II, do CPC/15.

DA RESPONSABILIDADE DA ADMINISTRADORA DO PLANO DE

SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL DECORRENTE DA RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO

10. ADM e BRADESCO foram condenados à “manutenção dos autores em seu plano de saúde”, qual seja, BRADESCO SAÚDE- TOP NACIONAL, tendo sido a sentença mantida, na íntegra, pelo TJ/SP.

11. Alega a ADM, em suas razões, que “o disposto na Resolução Consu nº 19/1999 que disciplina a oferta de um plano de saúde na modalidade individual quando da rescisão do plano de saúde coletivo, imputa referida obrigação às Operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde e não às Administradoras de Benefícios, que conforme o já esclarecido, apenas realizam a intermediação entre as pessoas jurídicas que desejam contratar planos de saúde coletivos empresariais e as Operadoras que disponibilizam referido serviço” (fls. 398-399, e-STJ).

12. Com efeito, a administradora de benefícios está subordinada à Lei 9.656/1998, nos termos do § 2º do art. 1º, e, segundo a Resolução 196/2009 da ANS, é definida como a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das atividades elencadas em seu art. 2º.

13. Trata-se, como se vê, de contratação que estabelece uma relação jurídica multifacetada, na medida em que envolve uma cadeia de fornecedores ligados à prestação do serviço de assistência à saúde, a saber, a administradora do benefício, que faz a aproximação do consumidor com a operadora do plano de saúde, a qual, por sua vez, oferece ao consumidor acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de sua rede credenciada, contratada ou referenciada.

14. Por isso, Bruno Miragem bem definiu o plano de saúde como um contrato cujo objeto é complexo, dada a multiplicidade de tratamentos e prestações acessórias a serem realizadas para o atingimento da finalidade legitimamente esperada pelas partes (Curso de direito do consumidor. 4ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 411), e tal definição calha especialmente quando se acrescenta a figura da administradora de benefícios, como ocorre na hipótese dos autos.

15. De fato, revela-se, diante do beneficiário do plano de saúde, uma verdadeira rede de contratos, a qual se configura, segundo Nelson Rosendal, quando “vários fornecedores conjugam esforços para conjuntamente, com maior competitividade e menor margem de risco, oferecer produtos e serviços aos consumidores”, exurgindo, pois, “a existência conexa de contratos em torno de um interesse sistemático”, interesse este consubstanciado na prestação de assistência à saúde (disponível em <http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/as-redes-contratuais/7577>, acesso em 12/06/2020).

16. No entanto, na visão do consumidor, todos esses contratos em rede se lhe apresentam como fundidos em um só negócio jurídico que visa à consecução do serviço de assistência à saúde.

17. Sob essa perspectiva, adverte Rodrigo Xavier Leonardo que “o direito não pode furtar-se a reconhecer efeitos a essa realidade econômica, sobretudo na medida em que esta postura implicaria desproteção do consumidor, destinatário final dos produtos e serviços ofertados em rede” (Redes contratuais no mercado habitacional. São Paulo: RT, 2004. p. 235).

18. Aliás, como sabido, os contratos de plano de saúde, ressalvados os de autogestão, estão sujeitos à incidência do CDC, conforme dispõe a súmula

608/STJ, o que implica reconhecer, em favor do beneficiário, a responsabilidade solidária entre os integrantes da mencionada cadeia de fornecimento.

19. Assim, por compor essa rede de contratos voltada à prestação do serviço privado de assistência à saúde oferecido aos recorridos, não pode a ADM ser eximida da responsabilidade que se lhe imputa em decorrência da rescisão unilateral, sobretudo diante do seu destacado papel de intermediar a contratação do plano BRADESCO SAÚDE- TOP NACIONAL, perante a BRADESCO SAÚDE S/A.

20. Há, no entanto, uma circunstância relevante a ser considerada com relação à administradora de benefícios: a despeito de condenada a manter o plano de saúde estipulado em favor dos recorridos, a ADM, por expressa vedação regulamentar (art. 8º da Resolução 196/2009 da ANS), não pode ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

21. Assim, a solução da controvérsia exige uma interpretação que concilie os limites de atuação da administradora do benefício, segundo a norma regulamentar, sem atentar contra as regras do CDC, especialmente a que estabelece a responsabilidade solidária da cadeia de fornecedores.

22. Nessa toada, a primeira observação que deve ser feita, a partir do comando extraído da sentença condenatória, é que a obrigação de fazer imposta aos recorridos não pode perder de vista a atribuição de cada um deles na rede contratual tendente à prestação do serviço oferecido, que é a operação econômica última pretendida por todas as partes.

23. É dizer, conquanto a pretensão deduzida pelos recorridos seja de manutenção no plano de saúde originariamente contratado, não cabe à ADM, por expressa vedação regulamentar, oferecer àqueles, diretamente, a rede de serviços médico-hospitalares ou odontológicos que integram o plano de saúde BRADESCO

SAÚDE-TOP NACIONAL; tal obrigação, à evidência, é personalíssima da própria operadora, cabendo à administradora apenas intermediar tal contratação.

24. O cumprimento estrito da ordem judicial exige, portanto, a manifestação simultânea das duas vontades para a preservação do contrato entabulado em favor dos beneficiários: a da ADM, de estipular, em favor dos recorridos, a contratação do plano BRADESCO SAÚDE-TOP NACIONAL, e a do BRADESCO, de oferecer aos recorridos a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais à saúde, nos limites daquele plano contratado.

25. Desse cenário exsurge, sem dúvida, uma coincidência de interesses para o cumprimento da ordem judicial, na qual, embora ADM e BRADESCO sejam devedores de uma determinada parte (*schuld*), ambos são, perante os recorridos, integralmente responsáveis pela entrega da prestação necessária ao adimplemento da obrigação que lhes foi imposta pelo Juízo (*haftung*).

26. Convém ressaltar que a responsabilidade solidária se manifesta na relação externa, havida entre os credores (recorridos) e os devedores (recorrentes), e com ela não se confundem as relações internas, havidas entre os devedores solidários; nestas não se fala em solidariedade, respondendo cada qual, perante o outro, nos limites de sua participação na causação do evento danoso (art. 13 do CDC).

27. Daí se infere que o reconhecimento, à luz do CDC, de que a obrigação devida pelos recorrentes – de manter, em favor dos recorridos, o plano BRADESCO SAÚDE-TOP NACIONAL – é solidária, a despeito dos diferentes papéis que exercem no contexto da citada rede contratual, implica também reconhecer que, na impossibilidade da prestação, subsistirá para os recorridos o direito de exigir de qualquer dos recorrentes o pagamento integral do equivalente,

respondendo pelas perdas e danos somente o culpado; assim como, havendo a mora, poderão os recorridos exigir de qualquer dos recorrentes o valor integral dos respectivos juros, respondendo o culpado, pelo valor acrescido, perante o outro devedor.

28. Não merece reparo, neste ponto, o acórdão impugnado.

DA OBRIGAÇÃO DE A OPERADORA OFERECER PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL EM FAVOR DOS BENEFICIÁRIOS

28. Em suas razões, o BRADESCO pretende a reforma do acórdão recorrido, partindo da premissa de que o TJ/SP negou provimento à apelação para “condenar a recorrente a fornecer ao recorrido uma apólice individual nas mesmas condições e preço da apólice coletiva cancelada, embora a lei e as normas regulamentares não prevejam essa obrigatoriedade” (fl. 308, e-STJ).

29. De plano, não há como alterar a conclusão à que chegou o TJ/SP de que, “conquanto as apelantes tenham afirmado estarem impossibilitadas de fornecerem alternativa na forma de plano individual ou familiar aos apelados, a alegada ausência de comercialização desses produtos não foi adequadamente comprovada” (fl. 286, e-STJ), sem o vedado reexame do contexto fático-probatório (súmula 7/STJ).

30. No mais, o TJ/SP, ao desprover a apelação, manteve, na íntegra, a sentença, a qual, por sua vez, julgou procedente o pedido para “determinar às rés a manutenção dos autores em seu plano de saúde [coletivo empresarial e não individual], confirmando a liminar já concedida nesse sentido” (fl. 215, e-STJ). No entanto, o BRADESCO não se desincumbiu do ônus de impugnar tal fundamento do acórdão recorrido, insistindo no argumento de que “não só não comercializa apólices de seguro individual, como tem expressa autorização da ANS para não

fazê-lo" (fl. 312, e-STJ).

31. Ademais, registrou o TJ/SP que, "no caso, o apelado [recorrido] demonstra estar realizando tratamento de câncer, o que afasta a possibilidade de rescisão unilateral nesse momento (art. 13, parágrafo único, III, Lei 9.656/1998, interpretado extensivamente)" (fl. 286, e-STJ), fundamento que também não foi rebatido pelo recorrente em suas razões.

32. Cabe destacar, por oportuno, que "a jurisprudência desta Corte considera abusiva a rescisão contratual de plano de saúde, por parte da operadora, independentemente do regime de contratação (individual ou coletivo), durante o período em que a parte segurada esteja submetida a tratamento médico de emergência ou de urgência garantidor da sua sobrevivência e/ou incolumidade física, em observância ao que estabelece o art. 35-C da Lei n. 9.656/1998" (AgInt no REsp 1.791.755/RS, Terceira Turma, julgado em 30/09/2019, DJe de 03/10/2019; AgInt no AREsp 1.433.637/SP, Quarta Turma, julgado em 16/5/2019, DJe de 23/5/2019).

33. Assim, não merece ser conhecido o recurso especial de BRADESCO SAÚDE S/A quanto a esta questão, por incidência da súmula 283/STF.

DA CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO EM PARTE dos recursos especiais de BRADESCO SAÚDE S/A e ADM ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA para NEGAR-LHES PROVIMENTO.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, considerando o trabalho adicional imposto ao advogado dos recorridos em virtude da interposição deste recurso, majoro os honorários fixados anteriormente em seu favor de 17% (dezessete por cento) para 19% (dezenove por cento) do valor da causa.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2019/0136427-3

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.836.912 / SP

Número Origem: 10091222120178260100

PAUTA: 18/08/2020

JULGADO: 18/08/2020

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO**

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : ADM ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EIRELI
ADVOGADOS : ANDRÉIA CHRISTINA RISSON OLIVEIRA - SP257302
ANA CAROLINA CASABONA PAPTERRA LIMONGI - SP297050
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : OS MESMOS
RECORRIDO : JOSE ROBERTO RODRIGUES
RECORRIDO : NADINE GRUBISICI RODRIGUES
ADVOGADO : ANTONIO LUIZ BARROS DE SALLES FILHO - SP282499

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

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

Após o voto da Sra. Ministra Nancy Andrichi, conhecendo em parte dos recursos especiais e, nesta parte, negando-lhes provimento, pediu vista o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Aguardam os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro (Presidente). Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.836.912 - SP (2019/0136427-3)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : ADM ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EIRELI
ADVOGADOS : ANDRÉIA CHRISTINA RISSON OLIVEIRA - SP257302
ANA CAROLINA CASABONA PAPTERRA LIMONGI - SP297050
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : OS MESMOS
RECORRIDO : JOSE ROBERTO RODRIGUES
RECORRIDO : NADINE GRUBISICI RODRIGUES
ADVOGADO : ANTONIO LUIZ BARROS DE SALLES FILHO - SP282499

VOTO-VISTA

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA: Trata-se de dois recursos especiais, interpostos por ADM - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA. - com fulcro no art. 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal - e por BRADESCO SAÚDE S.A. - com fundamento na alínea "a" do permissivo constitucional -, contra o acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (fls. 282/286) que negou provimento aos recursos de apelação, mantendo sentença que havia julgado procedente o pedido formulado em ação de obrigação de fazer, para *"(...) determinar às rés a manutenção dos autores em seu plano de saúde [coletivo empresarial]"* (fl. 215).

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO DO CONTRATO COLETIVO. Insurgência contra sentença de procedência. Sentença mantida. Rescisão do contrato coletivo por iniciativa da estipulante. Legitimidade de partes. Legitimidade de partes se verifica a partir de exercício hipotético de acordo com os dados da petição inicial (Teoria da Asserção). Autores e rés são legítimos ativa e passivamente. Continuidade do plano de saúde. Seguradora deve disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar à beneficiária (art. 1º, RN 19/CONSU, aplicado por analogia), mediante o custeio integral. Recursos desprovidos" (fl. 283).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 372/374).

A recorrente ADM - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA., em suas razões recursais, aponta contrariedade aos arts. 1º, 13, parágrafo único, e 16, VII, da Lei nº 9.656/1998; 421 e 422 do Código Civil (CC); 2º, 3º e 8º da Resolução Normativa nº 196/2009 da ANS e 1º e 3º da Resolução CONSU nº 19/1999, além da ocorrência de divergência jurisprudencial.

Afirma, em síntese, que não pode ser responsabilizada, porquanto suas atividades empresariais são diversas daquelas exploradas por uma operadora de plano de

Superior Tribunal de Justiça

saúde, não comercializando "(...) planos de natureza individual, por tal razão, não poderia ofertá-los, nem tampouco disponibilizá-los [aos autores]"(fl. 403).

Acrescenta que "(...) a questão não é matéria que precisaria ser comprovada! É inerente à própria atividade da Administradora de Benefícios Coletivos, estabelecida pela ANS" (fl. 404), que lhe veda a execução de atividades típicas das operadoras.

Sustenta que

"(...)
A definição para cada uma das empresas é distinta e da mesma forma, são distintas suas atribuições e responsabilidades.

As atividades praticadas pela ADM Administradora de Benefícios, ora Recorrente, são atribuídas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, por meio de regulamentação específica, (...) e em nada se confundem ou se assemelham às atividades de uma Operadora de Planos de Saúde.

O R. Julgado viola a legislação no que concerne à definição legal e isto porque, na qualidade de Administradora de Benefícios, a participação desta Recorrente, em relação ao referido contrato de seguro saúde se encerrou perante a notificação do encerramento encaminhada para a empresa contratante, não possuindo qualquer responsabilidade acerca da oferta de planos individuais, cuja atividade é privativa de uma Operadora de Planos de Saúde"(fl. 406).

Ao final, argui que "(...) a empresa Subestipulante antes mesmo da contratação estava ciente de que, em se tratando de contrato coletivo, poderia ser resilido após 12 meses, desde que com envio de aviso prévio de 60 dias e, ainda assim, optou por seguir com a contratação"(fl. 412).

Por sua vez, a recorrente BRADESCO SAÚDE S.A. alega violação dos arts. 1.022, II, do Código de Processo Civil de 2015 (CPC/2015) e 1º e 4º, VII, XI e XXIII, da Lei nº 9.961/2000.

Sustenta, preliminarmente, a nulidade do acórdão dos declaratórios por negativa de prestação jurisdicional, já que o Tribunal de origem não supriu as omissões apontadas, sobretudo no que diz respeito a ser inadmissível a migração dos usuários do plano de saúde coletivo extinto para os planos da modalidade individual, pois não comercializa mais essas apólices.

Afirma também que a condenação lhe obrigaria "a voltar a oferecer um tipo de seguro extinto há anos dos seus serviços, criando-se uma apólice única e exclusivamente ao Sr. José Roberto Rodrigues"(fl. 312).

Acrescenta que,

"(...)

Superior Tribunal de Justiça

Muito embora a Resolução [Res.-CONSU nº 19/1999] disponha, em seu art. 1º, que 'as operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar', ela expressamente exclui a obrigatoriedade para as operadoras que não oferecem apólices individuais ou familiares - exatamente o caso da BRADESCO SAÚDE"(fls. 315/316).

Defende, assim, a tese de ser inviável a transferência dos autores para planos individuais, visto que somente disponibiliza no mercado apólices coletivas.

Na sessão do dia 18/8/2020, a Relatora, Ministra Nancy Andrighi, conheceu parcialmente dos recursos especiais e, nessa parte, negou-lhes provimento.

Quanto à pretensão recursal da primeira recorrente, consignou que haveria uma rede de contratos voltada à prestação do serviço privado de assistência à saúde, de modo que a administradora de benefícios, apesar de intermediadora da contratação, também integraria a cadeia de fornecimento juntamente com a operadora, podendo ser responsabilizada pela rescisão unilateral do plano de saúde coletivo empresarial como decorrência da relação consumerista.

Além disso, conquanto tenha reconhecido a possível inviabilidade de cumprimento da ordem judicial pela administradora de benefícios, visto que a obrigação de manter o plano de saúde é exclusiva da operadora, manteve a responsabilização solidária, facultando aos recorridos, em caso de mora da recorrente, exigir indenização por perdas e danos, como o pagamento integral do equivalente da obrigação.

No tocante ao recurso especial da segunda recorrente, afastou a alegação de ocorrência de negativa de prestação jurisdicional, bem como aplicou as Súmulas nº 7/STJ e nº 283/STF quanto ao tema da obrigação da operadora de fornecer plano de saúde individual em favor dos autores, em que pese não oferecer tal produto no mercado.

O voto foi assim sumariado:

"RECURSO ESPECIAL. VIOLAÇÃO DE RESOLUÇÃO DA ANS. NÃO CABIMENTO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESILIÇÃO UNILATERAL. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS. CONDENAÇÃO À MANUTENÇÃO DO CONTRATO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA COM A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 03/02/2017, da qual foram extraídos

Superior Tribunal de Justiça

os presentes recursos especiais, interpostos em 10/07/2018 e 12/07/2018 e atribuídos ao gabinete em 11/06/2019.

2. O propósito dos recursos especiais consiste em decidir sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a responsabilidade da administradora do plano de saúde coletivo empresarial decorrente da rescisão unilateral do contrato; (iii) a obrigação de a operadora oferecer plano de saúde individual em favor dos beneficiários.

3. Conforme disposto no art. 105, III, 'a' da CF/88, não é cabível recurso especial fundado em violação de ato normativo que não se enquadre no conceito de lei federal.

4. 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, II, do CPC/15.

5. A administradora de benefícios está subordinada à Lei 9.656/1998, nos termos do § 2º do art. 1º, e, segundo a Resolução 196/2009 da ANS, é definida como a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das atividades elencadas em seu art. 2º.

6. A despeito de condenada a manter o plano de saúde coletivo empresarial estipulado em favor dos recorridos, a administradora do benefício, por expressa vedação regulamentar (art. 8º da Resolução 196/2009 da ANS), não pode ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.

7. Nos contratos de plano de saúde revela-se, diante do beneficiário, uma verdadeira rede de contratos, na medida em que vários fornecedores conjugam esforços para atender a um interesse sistemático, consubstanciado na prestação do serviço de assistência à saúde, rede essa, no entanto, que, na visão do consumidor, se lhe apresenta como um só negócio jurídico.

8. Por compor essa rede de contratos voltada à prestação do serviço privado de assistência à saúde oferecido aos recorridos, sujeita à incidência do CDC, não pode a administradora do benefício ser eximida da responsabilidade solidária que se lhe imputa em decorrência da rescisão unilateral, sobretudo diante do seu destacado papel de intermediar a contratação do plano de saúde junto a operadora.

9. O cumprimento da ordem judicial exige a manifestação simultânea das duas vontades para a preservação do contrato entabulado em favor dos beneficiários: a da administradora, de estipular, em favor dos recorridos, a contratação do plano de saúde, e a da operadora, de oferecer aos recorridos a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais à saúde, nos limites daquele plano contratado.

10. O reconhecimento, à luz do CDC, de que a obrigação devida pelos recorrentes – de manter, em favor dos recorridos, o plano de saúde coletivo empresarial contratado – é solidária, a despeito dos diferentes papéis que exercem no contexto da citada rede contratual, implica também reconhecer que, na impossibilidade da prestação, subsistirá para os recorridos o direito de exigir de qualquer dos recorrentes o pagamento integral do equivalente, respondendo pelas perdas e danos somente o culpado; assim como, havendo a mora, poderão os recorridos exigir de qualquer dos recorrentes o valor integral dos respectivos juros, respondendo o culpado, pelo valor acrescido, perante o outro devedor.

11. Recursos especiais conhecidos em parte e, nessa extensão, desprovidos, com majoração de honorários. "

Superior Tribunal de Justiça

Pedi vista antecipada dos autos para melhor exame da matéria.

De início, acompanho a Relatora, Ministra Nancy Andrighi, quanto ao conhecimento parcial e não provimento do recurso especial da BRADESCO SAÚDE S.A., visto não ter se configurado a negativa de prestação jurisdicional nos embargos de declaração e nem ter sido impugnada a motivação do acórdão estadual de que a condenação se deu no sentido da continuidade dos demandantes no plano de saúde coletivo originário. De fato, a operadora limitou-se a argumentar que não era obrigada a oferecer proposta de migração a plano individual, porquanto não exploraria tais produtos no mercado, deixando de infirmar, contudo, o fundamento acerca da ilegalidade da rescisão unilateral da avença. Assim, inafastável a incidência, no ponto, do óbice da Súmula nº 283/STF.

No mais, no tocante ao recurso especial da ADM - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA., cumpre fazer algumas observações.

Na hipótese, cinge-se a controvérsia a definir se a administradora de benefícios pode ser responsabilizada pela rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo e, conseqüentemente, ser condenada a manter os autores/usuários na apólice grupal.

Conforme o art. 2º da RN nº 196/2009 da ANS, considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que (i) propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou (ii) que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos desenvolvendo as atividades previstas na regulamentação específica.

Confira-se:

"Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I – promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

II – contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;

III – oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;

IV – apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:

a) negociação de reajuste;

b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e

c) alteração de rede assistencial.

Parágrafo único. Além das atividades constantes do caput, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

Superior Tribunal de Justiça

- I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;*
- II - terceirização de serviços administrativos;*
- III - movimentação cadastral;*
- IV - conferência de faturas;*
- V - cobrança ao beneficiário por delegação; e*
- VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão."*

Além disso, tal administradora não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da operadora de plano de saúde nem executar quaisquer atividades típicas desse mercado, não podendo, por isso mesmo, ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante (arts. 3º e 8º da RN nº 196/2009).

Cumprе ressaltar também que, nos termos do art. 6º do aludido normativo, a administradora de benefícios não pode ser confundida com corretoras ou corretores de seguros, regulamentados pela Lei nº 4.594/1964.

Na espécie, extrai-se dos autos que a ADM - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA. celebrou com a BRADESCO SAÚDE S.A. um Contrato de Estipulação de Seguro de Assistência à Saúde, por meio do qual poderia incluir no produto empresas parceiras, angariando beneficiários elegíveis.

Por sua vez, as empresas MACFIBER COMÉRCIO E REPRESENTAÇÃO DE ESTRUTURAS METÁLICAS EIRELI - ME e BRAZGRATING - INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ARTEFATOS METÁLICOS LTDA. aderiram, como subestipulantes, à apólice grupal ao se vincularem contratualmente à administradora de benefícios, oportunidade em que os autores e demais empregados das aludidas sociedades empresárias passaram a ser cobertos pelo plano de saúde.

No entanto, após alguns anos, a administradora de benefícios decidiu comunicar antecipada e formalmente às empresas o cancelamento da participação delas como subestipulantes no contrato de saúde coletivo empresarial, o que ensejou a ajuizamento da demanda, sobretudo porque um dos autores estava em tratamento oncológico.

A ilustre Ministra Relatora, em seu voto, entendeu ser possível a responsabilização da recorrente pela rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial ao aplicar a legislação consumerista e a Teoria das Redes Contratuais, de modo que tanto a administradora de benefícios quanto a operadora de plano de assistência médica estariam inseridas em uma mesma cadeia de fornecimento, a gerar a responsabilidade solidária.

Superior Tribunal de Justiça

Além disso, teceu considerações acerca de eventual inviabilidade de cumprimento da condenação pela administradora, remediável pela conversão da obrigação em perdas e danos.

Todavia, não se mostra adequada a aplicação, no caso, da Teoria das Redes Contratuais, visto que não existem apenas relações consumeristas ou uma única cadeia de fornecimento (arts. 7º, parágrafo único, 25, § 1º, e 34 do CDC), havendo, na realidade, interesses independentes e até antagônicos entre os diversos atores: usuários (beneficiários), estipulantes (empregadoras e administradora de benefícios) e operadora de plano de saúde.

Com efeito, consoante a concepção da rede de contratos, a interligação das avenças deve promover uma vinculação de serviços e pessoas diversas na busca de um fim econômico comum. E, na espécie, o objetivo da administradora de benefícios não é o mesmo e nem se confunde com o da operadora de plano de saúde.

Isso porque a administradora de benefícios não é preposta ou representante da operadora de plano de assistência médica (nem pode ser), mas, na realidade, na condição de estipulante, deve zelar pelos interesses dos usuários.

Como cediço,

"(...) No plano de saúde coletivo, o vínculo jurídico formado entre a operadora e o grupo de usuários caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro. Por seu turno, a relação havida entre a operadora e o estipulante é similar a um contrato por conta de terceiro. Já para os usuários, o estipulante é um intermediário, um mandatário e não um preposto da operadora de plano de saúde.

"(...) O estipulante é apenas a pessoa jurídica que disponibiliza o plano de saúde em proveito do grupo que a ela se vincula, mas não representa a própria operadora. Ao contrário, o estipulante deve defender os interesses dos usuários, pois assume, perante a prestadora de serviços de assistência à saúde, a responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais de seus representados" (REsp nº 1.575.435/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe 3/6/2016 - grifou-se).

Cabe asseverar que, ainda que a estipulante atue somente como interveniente, na condição de mandatária do grupo de usuários e não da operadora, ela pode ser responsabilizada pelo cumprimento deficiente de suas obrigações contratuais (REsp nº 1.673.368/MG, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe 22/8/2017; e AgInt no AREsp nº 1.333.196/SP, Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, DJe 7/12/2018).

Superior Tribunal de Justiça

Na situação sob exame, como já dito, a administradora de benefícios, na condição de estipulante do contrato de seguro saúde coletivo empresarial pactuado, elege empresas subestipulantes para participarem dessa apólice grupal, determinando a inclusão ou a exclusão de usuários, garantindo o risco da inadimplência.

Essa reunião de várias empresas em uma única apólice garante aos beneficiários melhor relação custo-benefício na contratação e na negociação de reajustes, já que a sinistralidade é diluída entre eles.

Ocorre que a recorrente não observou seus deveres ao ter rescindido o contrato de forma imotivada e unilateral, pois, além de não ter respeitado a finalização do tratamento oncológico de um dos autores, não promoveu a dispersão do aumento dos custos da sinistralidade da empresa subestipulante nas demais empresas parceiras, fazendo apenas exame pontual da conta, em vez de análise global da sustentabilidade da carteira.

Impende salientar ser vedado à Administradora de Benefícios (i) impedir ou restringir a participação de consumidor no plano privado de assistência à saúde mediante seleção de risco e (ii) impor barreiras assistenciais, obstaculizando o acesso do beneficiário às coberturas previstas em lei ou em contrato (art. 7º da RN nº 196/2009).

Ademais, os entendimentos jurisprudenciais que permitem a rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo se dirigem exclusivamente à relação havida entre a operadora de plano de saúde e o estipulante, e não entre a estipulante e a subestipulante - caso dos autos - ou entre estas e os usuários.

Logo, a recorrente, por não ter cumprido com suas obrigações de estipulante, agindo em desacordo com os interesses do grupo de beneficiários que representa - não ofereceu soluções viáveis aos autores antes da rescisão unilateral -, deve ser responsabilizada, sendo de rigor a manutenção da condenação, que determinou a permanência dos usuários no plano de saúde coletivo.

Por fim, cumpre assinalar que a administradora de benefícios é suficientemente capaz de cumprir a condenação, porquanto é a responsável pela movimentação cadastral, incluindo (e excluindo) empresas parceiras na apólice grupal de assistência à saúde, sendo admissível a reversão da rescisão unilateral e imotivada promovida indevidamente em desfavor das empresas subestipulantes MACFIBER COMÉRCIO E

Superior Tribunal de Justiça

REPRESENTAÇÃO DE ESTRUTURAS METÁLICAS EIRELI - ME e BRAZGRATING - INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ARTEFATOS METÁLICOS LTDA.

Ante o exposto, por fundamentos diversos, acompanho, na conclusão, a ilustre Relatora quanto ao recurso especial da ADM - ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA., negando-lhe provimento, e a acompanho integralmente quanto ao recurso especial da BRADESCO SAÚDE S.A., conhecendo-o em parte e negando-lhe provimento.

É o voto.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2019/0136427-3 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.836.912 / SP**

Número Origem: 10091222120178260100

PAUTA: 20/10/2020

JULGADO: 20/10/2020

Relatora

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : ADM ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS EIRELI
ADVOGADOS : ANDRÉIA CHRISTINA RISSON OLIVEIRA - SP257302
 ANA CAROLINA CASABONA PAPTERRA LIMONGI - SP297050
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : OS MESMOS
RECORRIDO : JOSE ROBERTO RODRIGUES
RECORRIDO : NADINE GRUBISICI RODRIGUES
ADVOGADO : ANTONIO LUIZ BARROS DE SALLES FILHO - SP282499

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

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

Prosseguindo no julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, a Terceira Turma, por unanimidade, negou provimento aos recursos especiais, prevalecendo os fundamentos do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva no recurso especial interposto por ADM Administradora de Benefícios Eireli. Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino (Presidente), Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.