

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.841.285 - DF (2019/0295842-5)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES
ADVOGADOS : BERNARDO DE ALENCAR ARARIPE DINIZ - DF023341
RAFAEL CAPATTI NUNES COIMBRA - DF054295
RECORRIDO : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS : GABRIEL ALBANESE DINIZ DE ARAÚJO - DF020334
EDUARDO DA SILVA CAVALCANTE - DF024923

RELATÓRIO

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

Cuida-se de recurso especial interposto por DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES, com fundamento na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJDF.

Recurso especial interposto em: 30/07/2019.

Concluso ao gabinete em: 01/07/2020.

Ação: de obrigação de fazer cumulada com compensação por dano moral, ajuizada por DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES em face de GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE, pretendendo a manutenção do contrato de plano de saúde coletivo após o falecimento da beneficiária titular, da qual declarou ser beneficiária dependente.

Sentença: julgou procedentes os pedidos iniciais, condenando a GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE a restabelecer o plano de saúde de DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES, sem necessidade de novas carências e nas condições anteriores às do ajuizamento da demanda, bem como a efetuar o pagamento de R\$ 6.000,00 a título de compensação por danos morais.

Acórdão: deu provimento à apelação interposta pela GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE, nos termos da seguinte ementa:

APELAÇÃO CÍVEL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DIALETICIDADE

Superior Tribunal de Justiça

RECURSAL. IMPUGNAÇÃO EXPRESSA À SENTENÇA. EFEITO DEVOLUTIVO. ABRANGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. MORTE DO TITULAR. SEGURADOS AGREGADOS. PEDIDO DE MANUTENÇÃO DO CONTRATO. IMPOSSIBILIDADE. DANO MORAL. AUSÊNCIA DE ATO ILÍCITO. SENTENÇA REFORMADA.

1. Reputa-se atendido o requisito da dialeticidade recursal se há impugnação expressa à conclusão da sentença e seus fundamentos jurídicos, ainda que os fatos alegados no recurso estejam em parte dissociados do contexto fático até então incontroverso. Por força do efeito devolutivo, estarão submetidas à apreciação e julgamento do tribunal todas as questões anteriormente suscitadas e discutidas no processo, de onde se extrai a possibilidade que o julgamento leve em consideração as alegações trazidas em contestação, até porque o julgador não é adstrito às teses jurídicas das partes.

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 vinte e um (21) anos de idade, ou vinte e quatro (24) se estudantes, e os inválidos, ela não faz jus à manutenção do contrato depois de decorridos vinte e quatro (24) meses do óbito da titular. Inteligência do art. 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.

4. Recurso provido. Sentença reformada.

Embargos de declaração: opostos por DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES, foram rejeitados.

Recurso especial: alega violação do artigo 30, § 3º, da Lei 9.656/98.

Sustenta que lhe deve ser assegurado " *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*" (e-STJ, fls. 454/455).

Defende que não há distinção entre dependentes e aqueles pertencentes ao grupo familiar, tendo em vista que " *beneficiário dependente é aquele que adere ao plano de saúde em razão de seu vínculo com o beneficiário titular*" (e-STJ fl. 458).

Pleiteia, ao final, o provimento do recurso especial, a fim de seja

Superior Tribunal de Justiça

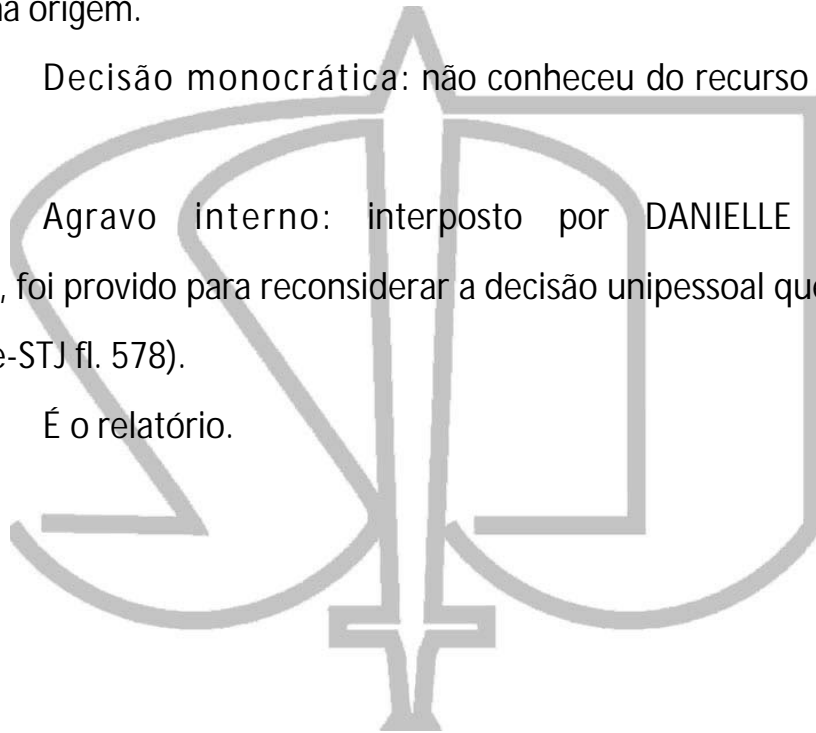
reformado o acórdão recorrido e mantida a sentença de primeiro grau, para condenar " a Recorrida à manutenção do plano da Recorrente, ostentando esta a condição de titular, podendo incluir seu filho recém-nascido na condição de dependente, sendo indenizada, ainda, pelos danos morais sofridos" (e-STJ fls. 460/461).

Prévio juízo de admissibilidade: o TJDFT admitiu o recurso especial na origem.

Decisão monocrática: não conheceu do recurso especial (e-STJ fls. 550/552).

Agravo interno: interposto por DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES, foi provido para reconsiderar a decisão unipessoal que não conheceu do recurso (e-STJ fl. 578).

É o relatório.



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.841.285 - DF (2019/0295842-5)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES
ADVOGADOS : BERNARDO DE ALENCAR ARARIPE DINIZ - DF023341
RAFAEL CAPATTI NUNES COIMBRA - DF054295
RECORRIDO : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS : GABRIEL ALBANESE DINIZ DE ARAÚJO - DF020334
EDUARDO DA SILVA CAVALCANTE - DF024923

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. FALECIMENTO DA TITULAR. BENEFICIÁRIA AGREGADA. PRETENSÃO DE MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO. ART. 30 DA LEI 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA DOS DISPOSITIVOS E PRECEITOS LEGAIS. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação por dano moral ajuizada em 22/05/2018, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 30/07/2019 e atribuído ao gabinete em 01/07/2020. Julgamento: CPC/15.
2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a manutenção de membro pertencente a grupo familiar (beneficiário agregado) em plano de saúde coletivo, após o falecimento do beneficiário titular.
3. A Terceira Turma decidiu 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 arts. 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral (REsp 1.871.326/RS, julgado em 01/09/2020, DJe 09/09/2020).
4. Apesar de o § 3º do art. 30, que trata da hipótese de permanência em caso de morte do beneficiário titular, fazer uso da expressão "dependentes", o § 2º assegura a proteção conferida pelo referido art. 30, de manutenção do plano de saúde nas hipóteses de rompimento do contrato de trabalho do titular, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar, sem fazer nenhuma distinção quanto aos agregados.
5. De acordo com o art. 2º, I, "b" da Resolução ANS 295/2012, 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.
6. No caso de morte do titular, os membros do grupo familiar – dependentes e agregados – podem permanecer como beneficiários no plano de saúde, desde que assumam o pagamento integral, na forma da lei.
7. O direito do beneficiário dependente de permanecer no plano de saúde após o falecimento do beneficiário titular tem prazo certo, este previsto na

Superior Tribunal de Justiça

Lei 9.656/1998 e, no particular, no contrato do convênio e no regulamento do plano, sem prejuízo do exercício do direito à portabilidade de carências, nos termos dos arts. 6º e 8º, I e § 1º, da Resolução ANS 438/2018.

8. Recurso especial conhecido e desprovido.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.841.285 - DF (2019/0295842-5)
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES
ADVOGADOS : BERNARDO DE ALENCAR ARARIPE DINIZ - DF023341
RAFAEL CAPATTI NUNES COIMBRA - DF054295
RECORRIDO : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS : GABRIEL ALBANESE DINIZ DE ARAÚJO - DF020334
EDUARDO DA SILVA CAVALCANTE - DF024923

VOTO

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

O propósito recursal consiste em decidir sobre a manutenção de membro pertencente a grupo familiar (beneficiário agregado) em plano de saúde coletivo, após o falecimento do beneficiário titular.

DA DELIMITAÇÃO DA CONTROVÉRSIA

1. De acordo com o que consta nos autos, DANIELLE BRICIO DOLHER MENEZES pretende a sua manutenção no plano de saúde coletivo, firmado entre a GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE e o MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no qual figurava como beneficiária no grupo familiar de sua falecida genitora, após transcorrido o prazo de 24 meses da morte da titular.

2. Afirma DANIELLE que, com a morte do beneficiário titular, é garantido ao beneficiário dependente sua manutenção no plano de saúde, após o período de remissão, desde que assuma o pagamento das mensalidades, como fez. Todavia, repentinamente, a operadora cancelou o seu plano unilateralmente, o que veio a descobrir ao tentar autorização para uma consulta pré-natal. Posteriormente teve o conhecimento de que o cancelamento havia se dado em virtude do falecimento da titular do plano.

3. Sobre essas circunstâncias, o TJDF manifestou que DANIELLE não

tem direito à manutenção do plano de saúde após o período de remissão, devido ao fato de ela ter figurado "*na qualidade de segurada agregada, que é aquele que têm um vínculo com o titular, mas não se enquadra na categoria de segurados dependentes*", fundamentando tal entendimento na interpretação sistemática entre a Lei 9.656/98, o Convênio do qual decorreu a contratação em benefício da titular falecida e o regulamento dos planos.

DA MANUTENÇÃO DE MEMBRO PERTENCENTE A GRUPO FAMILIAR (BENEFICIÁRIO AGREGADO) EM PLANO DE SAÚDE COLETIVO, APÓS O FALECIMENTO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

4. Inicialmente, convém ressaltar que, no que se refere aos planos de saúde coletivos, esta Turma consolidou o entendimento de 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 arts. 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral*" (REsp 1.871.326/RS, julgado em 01/09/2020, DJe 09/09/2020).

5. Neste ponto, cabe novamente frisar que, segundo o acórdão recorrido, esse entendimento não se aplica à DANIELLE, em virtude de ela ter figurado como membro do grupo familiar, especificamente na alcunha de "agregada", e não como dependente da beneficiária titular.

6. Confere-se que a Resolução ANS 195/2009 versa sobre a inclusão do grupo familiar nos planos de saúde empresarial e por adesão, respectivamente, nos seguintes termos:

"Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger

Superior Tribunal de Justiça

ainda, desde que previsto contratualmente:

(...)

VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

(...)

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III – associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras – DIOPE. (Revogado pela RN no 260, de 2011)

§1º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

§2º A adesão do grupo familiar a que se refere o §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde." (grifou-se)

7. O art. 8º da Resolução ANS 279/2011, que trata da regulamentação do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, assim dispõe: "*em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenc_ão aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assiste_ncia à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998*".

8. O aludido art. 30 da Lei 9.656/1998, por sua vez, versa sobre a manutenção do titular na condição de beneficiário na hipótese de perda do vínculo empregatício, por rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, prevê, expressamente, que o direito de permanência é assegurado também aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, em caso de morte do titular, vejamos:

“Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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 art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Vide Medida Provisória nº 1.665, de 1998) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) § 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. (Vide Medida Provisória nº 1.685-5, de 1998) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)” (grifou-se)

9. E o mencionado art. 31 trata da hipótese de aposentadoria do beneficiário titular e estabelece o direito de manutenção do contrato, inclusive na hipótese de morte do titular, o qual, portanto, não se enquadra na hipótese em exame e, por isso, não será pormenorizado.

10. Nota-se que, apesar de o § 3º do art. 30, que trata da hipótese de permanência em caso de morte do beneficiário titular, fazer uso da expressão “dependentes”, o § 2º assegura a proteção conferida pelo referido art. 30, de manutenção do plano de saúde nas hipóteses de rompimento do contrato de trabalho do titular, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar, sem fazer nenhuma distinção quanto aos agregados.

11. Nessa toada, afirmam Maury Ângelo Bottesini e Mauro Conti Machado:

“Não há dúvida de que um dos alvos de proteção imposta pelo art. 30 é o grupo familiar, os dependentes e agregados do titular do plano. É isto que diz o § 2º, reiterando a motivação da adesão ao plano coletivo empresarial como sendo a relação de trabalho, que não pode ser entendida apenas como aquela que contém um vínculo empregatício, expressão do caput que não é repetida nos parágrafos.

O decesso do titular filiado a um plano empresarial coletivo de saúde implica sucessão dele pelos seus dependentes e agregados, herdeiros por força de lei, do direito de manter sua condição de beneficiários do plano a que se filiava o defunto. É o que afirma o § 3º deste art. 30.

A morte põe fim ao vínculo empregatício e a qualquer outro, de natureza jurídica – *mors omnia solvit* – que pudesse ligar o defunto à apólice coletiva empresarial de plano de saúde. O direito dos herdeiros é assegurado por lei e tem substancial valor econômico-financeiro, visto que as carências já superadas pelos sucessores do morto representam significativa vantagem para quem pretende manter-se filiado a algum plano privado de assistência saúde.

(...)

É um novo direito hereditário instituído fora do Código Civil.

O direito dispensa inventário, bastando que os sucessores se habilitem administrativamente perante a operadora. Havendo negativa dela, o direito por sucessão pode ser objeto de ação declaratória e condenatória, para que seja declarado o direito assegurado por lei, sua titularidade e a condenação da operadora a admitir os sucessores como segurados, pelos prazos estabelecidos na lei.” (Lei dos planos e seguros de saúde: comentada artigo por artigo. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2015, p. 272/273) (grifou-se)

12. Na linha desse raciocínio, não há como fazer uma interpretação puramente literal e isolada do § 3º do art. 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.

13. Essa conclusão é reforçada pelo que estabelece o art. 2º, I, “b” da Resolução ANS 295/2012, *in verbis*:

“Art. 2º Para fins desta Resolução e do SIB/ANS, considera-se:

I - beneficiário de plano privado de assistência à saúde: é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica, sendo, no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, classificado como:

a) beneficiário titular: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo contratual com uma operadora;

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;” (grifou-se)

14. Assim, não se sustenta a tese defendida pelo TJDF 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.

15. Diante desse contexto, é possível concluir que a agregada da titular falecida tem direito à manutenção do plano de saúde coletivo, observadas as regras dos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese.

DA HIPÓTESE DOS AUTOS

16. Fixada essa premissa, cabe analisar se DANIELLE tem direito de permanecer como beneficiária do plano de saúde coletivo, após transcorrido o prazo de 24 meses da morte da titular.

17. Quanto ao tema, observa-se que o § 1º do art. 30 da Lei 9.656/1998, aplicável na hipótese, estabelece um prazo para a manutenção da condição de beneficiário após o rompimento do vínculo empregatício, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

18. O TJDFT consignou que, nesse mesmo sentido, a cláusula 16ª do convênio firmado entre a operadora de saúde e o órgão público patrocinador do benefício da titular falecida, que trata da manutenção dos beneficiários no plano nas hipóteses de perda ou suspensão do vínculo empregatício, dispõe que:

“A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício dos Titulares com a PATROCINADORA, em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção dos Beneficiários no Plano, desde que se responsabilizem, além do pagamento de sua contribuição, pelo pagamento da contribuição da GEAP-Autogestão previsto na Cláusula Oitava, observando-se:

I – o período de manutenção a que se refere esta cláusula será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, sendo extensivo, a todo o grupo familiar inscrito quando do cancelamento do Titular no plano por rescisão de contrato de trabalho ou término do vínculo funcional, e

II - em caso de morte do Titular, o direito de permanência é assegurado aos Dependentes cobertos pelo plano, nos termos do disposto no inciso I desta cláusula.” (grifou-se)

19. E, ainda, que o art. 5º do regulamento do Plano GEAPFamília, ao qual DANIELLE aderiu na condição de integrante do grupo familiar, que versa sobre a hipótese de manutenção dos dependentes em caso de morte da beneficiária titular, em sintonia com o previsto no Convênio do qual teve origem, dispõe o seguinte:

“Art. 5º Em caso de morte do beneficiário titular no plano GEAPSaúde ou plano GEAPSaúde II, o Termo de Adesão poderá ser mantido pelo beneficiário familiar enquadrado no parágrafo 1º do artigo 3º, desde que este tenha idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, ou pelo responsável legal do beneficiário familiar considerado menor ou incapaz, na forma do Código Civil Brasileiro, desde que concorde em assumir as responsabilidades daquele contrato e faça, formalmente, a opção pela manutenção no plano.

§ 1º O período de manutenção da condição a que se refere o parágrafo anterior será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data do óbito do beneficiário titular do plano GEAPSaúde e plano GEAPSaúde II.” (grifou-se)

20. Assim, considerando que o direito do beneficiário dependente de permanecer no plano de saúde após o falecimento do beneficiário titular tem prazo certo – no máximo de 24 meses –, previsto na Lei 9.656/1998 e, no particular, no contrato do Convênio e no regulamento do plano da beneficiária dependente, não merece reparo o acórdão recorrido, ao concluir que "*a apelante agiu no exercício regular de seu direito ao considerar encerrada a relação contratual com a apelada após decorridos vinte e quatro (24) meses do falecimento da genitora desta*" (e-STJ fl. 406).

21. Por conseguinte, considerando que DANIELLE não tem o direito de permanecer no plano saúde após o período de 24 meses do falecimento de sua genitora, fica prejudicada a análise do pedido relativo à inclusão do seu filho recém-nascido no plano, bem como quanto ao pedido de compensação por dano moral.

22. A despeito disso, ressalva-se, por fim, que é assegurada ao beneficiário dependente, na hipótese de morte do titular, a faculdade de 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 arts. 6º e 8º, I e § 1º, da Resolução ANS 438/2018, que regulamenta a portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, *in verbis*:

"Art. 6º A portabilidade de carências poderá ser exercida por beneficiários que estiverem em gozo do período de remissão, podendo esta ser requerida após o término da remissão ou durante a remissão, que será encerrada a partir do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino.

(...)

Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta

Superior Tribunal de Justiça

Resolução, nas seguintes hipóteses:

I - pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no § 3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;

(...)

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no caput." (grifou-se)

Forte nessas razões, CONHEÇO do recurso especial e NEGO-LHE PROVIMENTO.

Deixo de majorar os honorários de sucumbência, visto que não foram arbitrados em desfavor da parte recorrente no julgamento da apelação.

