

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.819.894 - SP (2019/0015312-0)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A  
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825  
RECORRIDO : VERONICE MATZEMBACHER DOS SANTOS  
RECORRIDO : MANOEL SANTOS DA SILVA  
RECORRIDO : ZEFIRA MARIA DA SILVA  
ADVOGADO : EDWIRGER VALERIA AMBRIZZI - SP286984

## RELATÓRIO

Cuida-se de recurso especial interposto por BRADESCO SAÚDE S/A, fundado, exclusivamente, na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Ação: de obrigação de fazer, ajuizada por VERONICE MATZEMBACHER DOS SANTOS E OUTROS, em face de BRADESCO SAÚDE S/A, na qual pretendem seja determinada a migração para plano de saúde individual, sem o cumprimento de novo período de carência e com igual preço (R\$ 446,20), em virtude da rescisão unilateral do contrato coletivo empresarial.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou procedente o pedido para condenar a BRADESCO SAÚDE S/A na obrigação de promover a migração dos autores para apólices individuais, nas mesmas condições de cobertura, sem observância de novas carências, ressalvado que a mensalidade do plano de saúde restabelecido aos autores deve respeitar os valores praticados nos contratos individuais da mesma categoria.

Acórdão: o TJ/SP deu provimento à apelação interposta por BRADESCO SAÚDE S/A e julgou prejudicado o apelo de VERONICE MATZEMBACHER DOS SANTOS. Eis a ementa do acórdão:

PLANO COLETIVO DE SAÚDE. Denúncia do contrato mantido entre a estipulante e a operadora. Rescisão imotivada que se afigura abusiva. Impossibilidade, contudo, de possibilitar nova contratação na modalidade individual, com os mesmos benefícios

e preços do plano coletivo. Direito dos autores não é o de ser mantido como beneficiário de contrato coletivo extinto, convertendo-o em plano individual, mas sim aderir a novo contrato coletivo, eventualmente celebrado entre a estipulante e nova operadora. Ação improcedente. Recurso da ré provido, com determinação, e recurso dos autores prejudicado.

Embargos de declaração: opostos por VERONICE MATZEMBACHER DOS SANTOS, foram acolhidos, com efeitos modificativos, para lhes garantir a manutenção dos tratamentos médicos já em andamento, após o que lhes será disponibilizado plano individual sem prazos de carência e com valores. O acórdão recebeu esta ementa:

EMBARGOS DECLARATÓRIOS. Omissão a respeito da Resolução CONSU n. 19/1999. Erro material configurado. Omissão sanada. Plano de saúde coletivo. Denúncia unilateral pela operadora. Obrigatoriedade de fornecimento aos beneficiários de planos individuais, sem carências. Resolução CONSU n. 19/1999. Pretensão à aplicação do valor praticado no plano coletivo aos planos individuais. Inadmissibilidade. Planos coletivos e individuais ou familiares obedecem a padrões de sinistralidade distintos, que alteram substancialmente os custos e a economia dos contratos. Aplicabilidade dos valores de mercado aos planos individuais. Contrato coletivo que deve ser integralmente mantido pelo período do tratamento oncológico, ao final do qual, deverá ser oferecido aos autores os planos individuais. Ação parcialmente procedente. Recurso dos autores parcialmente acolhidos e recurso da ré rejeitado. Embargos acolhidos, com efeito modificativo.

Embargos de declaração: opostos por BRADESCO SAÚDE S/A, foram rejeitados.

Recurso especial: aponta violação do art. 1.022, II, do CPC/15, bem como dos arts. 1º e 4º, VII, XI e XXIII, da Lei 9.961/2000.

Sustenta, a par da negativa de prestação jurisdicional, que “é da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a competência para regular e normatizar as disposições da Lei 9.656/98 e, conseqüentemente, editar normas regulamentares a respeito dos mais diversos temas, dentre eles, a obrigatoriedade ou não das operadoras de seguro saúde fornecerem apólices individuais a segurados que tiveram sua apólice coletiva cancelada” (fl. 232, e-STJ).

# *Superior Tribunal de Justiça*

Alega que, “a referida Resolução Normativa 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. 234, e-STJ).

Pleiteia seja conhecido e provido o recurso especial para anular o acórdão recorrido, por negativa de prestação jurisdicional, ou julgar improcedentes os pedidos deduzidos na exordial.

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/SP inadmitiu o recurso, dando azo à interposição do AREsp 1.429.247/SP, provido para determinar a conversão em especial (fl. 353, e-STJ).

Na sessão de 09/06/2020, proferi voto dando parcial provimento ao recurso da BRADESCO SAUDE S/A, após o que pediu vista antecipada dos autos o e. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

Na sessão de 04/08/2020, Sua Excelência proferiu voto parcialmente divergente, no sentido de “dar provimento integral ao recurso especial, a fim de restabelecer o acórdão de fls. 205-213, que havia julgado improcedentes os pedidos formulados na inicial, mantida a determinação de manutenção dos tratamentos médicos em andamento até a efetivação da portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo empregador”.

É o relatório.

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

RECURSO ESPECIAL Nº 1.819.894 - SP (2019/0015312-0)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A

ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825

RECORRIDO : VERONICE MATZEMBACHER DOS SANTOS

# *Superior Tribunal de Justiça*

RECORRIDO : MANOEL SANTOS DA SILVA  
RECORRIDO : ZEFIRA MARIA DA SILVA  
ADVOGADO : EDWIRGER VALERIA AMBRIZZI - SP286984

## EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESILIÇÃO UNILATERAL. OPERADORA QUE NÃO MANTÉM PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL. LEI 9.656/1998. ART. 3º DA RESOLUÇÃO CONSU Nº 19/1999. CDC. DIÁLOGO DAS FONTES. LICITUDE DA RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA OPERADORA. BENEFICIÁRIOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O PLANO DE SAÚDE. DIREITO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIA RECONHECIDO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 16/02/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 17/07/2018 e atribuído ao gabinete em 21/01/2019.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional, bem como sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde coletivo empresarial, depois de resilir unilateralmente o contrato firmado com o empregador, disponibilizar, ao universo de beneficiários, sem novo período de carência e com igual preço, plano individual ou familiar, que não mantém em sua carteira de serviços.

3. A ANS, no exercício de seu poder normativo e regulamentar acerca dos planos de saúde coletivos – ressalvados, apenas, os de autogestão –, deve observar os ditames do CDC.

4. Se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a resilição unilateral injustificada do contrato pela operadora do plano de saúde coletivo empresarial, de outro lado, o CDC impõe que os respectivos beneficiários, que contribuíram para o plano, não podem ficar absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde e de seu grupo familiar.

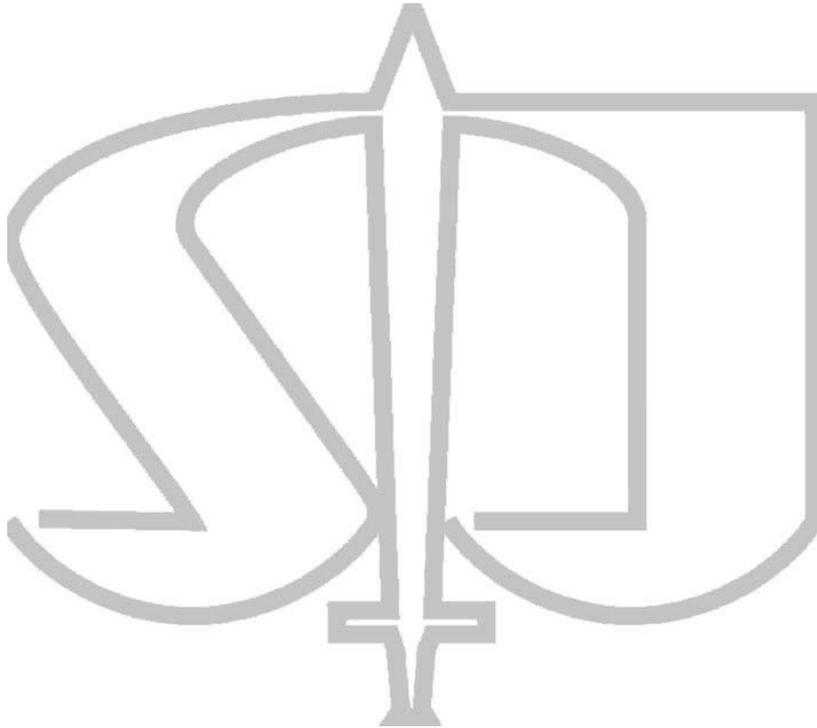
5. A interpretação puramente literal do art. 3º da Resolução CONSU nº 19/1999 agrava sobremaneira a situação de vulnerabilidade do consumidor que contribuiu para o serviço e favorece o exercício arbitrário do direito de resilir pelas operadoras de planos de saúde coletivos empresariais, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

6. O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a empresa e que não oferece plano na modalidade individual ou familiar, corresponde o dever de proteção dos consumidores (empregados da estipulante), que contribuíram para o plano de saúde e cujo

interesse é na continuidade do serviço.

7. Na ausência de norma legal expressa que resguarde o consumidor na hipótese de rescisão unilateral do contrato coletivo empresarial pela operadora, sem a contratação de novo plano pelo empregador, há de se reconhecer o direito à portabilidade de carências, permitindo, assim, que os beneficiários possam contratar um novo plano de saúde, observado o prazo de permanência no anterior, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária e sem custo adicional pelo exercício do direito.

8. Recurso especial conhecido e provido.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.819.894 - SP (2019/0015312-0)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A  
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825  
RECORRIDO : VERONICE MATZEMBACHER DOS SANTOS  
RECORRIDO : MANOEL SANTOS DA SILVA  
RECORRIDO : ZEFIRA MARIA DA SILVA  
ADVOGADO : EDWIRGER VALERIA AMBRIZZI - SP286984

VOTO

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

O propósito recursal consiste em decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional, bem como sobre a obrigação de a operadora de plano de saúde coletivo empresarial, depois de resilir unilateralmente o contrato firmado com o empregador, disponibilizar, ao universo de beneficiários, sem novo período de carência e com igual preço, plano individual ou familiar, que não mantém em sua carteira de serviços.

DA DELIMITAÇÃO DA CONTROVÉRSIA

01. O contexto delineado no acórdão de apelação dá conta de que VERONICE MATZEMBACHER DOS SANTOS E OUTROS eram beneficiários do plano de saúde coletivo empresarial, contratado por seu empregador – Shaddai Adm. Assessoria e Corretagem de Seguros Ltda – junto ao BRADESCO SAÚDE S/A, para o qual contribuía com a mensalidade de R\$ 456,00 (quatrocentos e cinquenta e seis reais), e que a operadora, em 14/12/2016, comunicou o cancelamento do plano de saúde ao estipulante, observado o prazo de 60 dias.

02. Consta do acórdão, ainda, que os recorridos estavam em tratamento de graves enfermidades: “VERONICE MATZEMBACHER DOS SANTOS é portadora de esclerose lateral amiotrófica e atrofia muscular dos quatro membros;

MANOEL SANTOS DA SILVA padece de hipertensão arterial sistêmica primária, diabetes mellitus II, hipercolesterolemia, apneia do sono e lesões de ombro e joelhos; e ZÉFIRA MARIA DA SILVA sofre de osteoartrose na coluna cervical, dorsal e lombar, além de osteoporose (fls. 23/28)" (fls. 293-294, e-STJ).

03. Diante desse cenário, o TJ/SP, embora tenha admitido a rescisão contratual, decidiu que "os autores têm direito à manutenção dos tratamentos das graves doenças de que padecem apenas, até que sejam concluídos, pelo valor mensal praticado na vigência do plano coletivo", e que, "depois disso, deverá ser oferecido o plano individual" (fl. 294, e-STJ).

04. Cabe esclarecer, de início, que o objeto deste recurso especial se restringe apenas à obrigação de oferecer o plano individual, depois de concluídos os referidos tratamentos, considerando a alegação do recorrente de que não dispõe de tal modalidade em sua carteira de serviços. Não se discute, portanto, "a manutenção dos tratamentos das graves doenças de que padecem apenas, até que sejam concluídos, pelo valor mensal praticado na vigência do plano coletivo".

#### DA NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL

05. Afirma o recorrente a existência de omissões no acórdão impugnado, relativas à competência da ANS para regular e normatizar as disposições da Lei 9.656/1998, bem como sobre o disposto na Resolução Normativa nº 19 do CONSU, a qual "exclui expressamente a obrigação de transferência dos beneficiários das operadoras que não mais comercializam a modalidade individual de apólice de seguro" (fl. 228, e-STJ).

06. Entretanto, da leitura do acórdão recorrido extrai-se, sem adentrar no acerto ou desacerto do julgamento, que tais questões foram devidamente analisadas e discutidas, estando suficientemente fundamentado, de

modo a esgotar a prestação jurisdicional; vejamos:

Não seduz o argumento de que a operadora de saúde não pode ser compelida ao fornecimento de plano individual ou familiar, por dedicar-se somente a planos coletivos.

Não desconheço que o art. 3º assenta que as disposições da Resolução aplicam-se apenas às operadoras que mantêm planos nas modalidades individual ou coletiva.

Entretanto, parece excessivo facultar às operadoras de saúde a conversão de plano coletivo antigo em novo plano individual ou familiar. Dizendo de modo diverso, não se deve tolerar fique a critério da operadora o fornecimento das modalidades de plano individual ou familiar.

Colocar a operadora de saúde em situação de primazia, em detrimento do segurado, viola regra basilar do sistema consumerista.

Razoável possam optar os segurados pela conversão do contrato coletivo em individual.

Há que se conferir eficácia máxima às regras protetivas ao consumidor, e disso decorre a possibilidade de impor, já neste momento processual, a obrigação de a ré disponibilizar aos demandantes a adesão a contrato individual ou familiar.

Nada impede a operadora de rever o valor do prêmio devido desde que em montante que não configure cláusula de barreira com o objetivo de ajustar o reequilíbrio do novo contrato individual, sem carências. (fls. 289-290, e-STJ).

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

DA OBRIGAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL, DEPOIS DE RESILIR UNILATERALMENTE O CONTRATO FIRMADO COM O EMPREGADOR, DISPONIBILIZAR, AO UNIVERSO DE BENEFICIÁRIOS, PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR, QUE NÃO MANTÉM EM SUA CARTEIRA DE SERVIÇOS

08. O art. 35-A da Lei 9.656/1998 confere ao CONSU – Conselho de Saúde Suplementar – competência para dispor sobre a regulamentação do regime

de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar.

09. No exercício dessa atribuição, foi editada a Resolução CONSU nº 19, de 25/03/1999, que dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados.

10. O art. 1º do ato normativo em questão dispõe 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, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência”.

11. O art. 3º, no entanto, faz a ressalva de que tal disposição se aplica somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.

12. Com base nesse dispositivo, a BRADESCO SAÚDE S/A afirma que, “com o aval da ANS, não mais comercializa apólices individuais” e que, por isso, “oferecer aos mesmos [aos recorridos] uma apólice de tal jaez, individual, obrigaria a seguradora a voltar a oferecer um tipo de seguro extinto há anos dos seus serviços, criando-se uma apólice única e exclusivamente aos autores” (fls. 230 e 234, e-STJ).

13. Quanto a essa questão, o TJ/SP decidiu, com base nas regras protetivas ao consumidor, que “não se deve tolerar que fique a critério da operadora o fornecimento das modalidades de plano individual ou familiar” e, por conseguinte, impôs a obrigação de a operadora “disponibilizar aos demandantes a adesão a contrato individual ou familiar” (fls. 290, e-STJ).

14. A solução da controvérsia passa, portanto, pela leitura das regras da Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, e das regras do CDC.

15. Ao fazer essa análise, leciona Maria Stella Gregori:

Por conseguinte, os consumidores de planos privados de assistência à saúde têm, em primeiro lugar, o direito de ver reconhecidos todos os direitos e princípios assegurados pelo Código de Defesa do Consumidor, tanto na esfera da regulamentação administrativa, quanto na esfera judicial.

A interpretação da lei especial está subsumida no reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor (art. 4º, I, do CDC), o que leva à observância de seus direitos básicos (art. 6º do CDC), à interpretação das cláusulas contratuais em seu favor (art. 47 do CDC) e ao expurgo, por nulidade absoluta, de cláusulas contratuais abusivas (art. 51 do CDC).

(...)

Volta-se, nesse passo, a afirmar que o Código de Defesa do Consumidor tem raiz constitucional, portanto é hierarquicamente superior à Lei 9.656/1998, que, por sua vez, é posterior e especial. Como já foi visto, há complementariedade entre eles: o Código de Defesa do Consumidor regula todas as relações de consumo e a Lei 9.656/1998 regula as especificidades dos planos privados de assistência à saúde.

Compartilhando do entendimento de Marcelo Sodre cabe destacar que “as leis de defesa do consumidor, na exata medida em que fixarem princípios a serem perseguidos – e neste caso se tornarem leis principiológicas – terão superioridade em relação às demais leis especiais”. (Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. 4ª ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. p. 164-165)

16. Bruno Miragem, ao tratar sobre plano de assistência à saúde e regulação da ANS, alerta para um superdimensionamento da competência normativa secundária (regulamentar) da ANS, a qual, segundo afirma, “tem dado causa à edição de regulamentos de frágil conformidade com as disposições e/ou o fundamento teleológico da Lei 9.656/98 e do Código de Defesa do Consumidor” (Curso de Direito do Consumidor. 4ª ed. São Paulo: Revista dos

Tribunais, 2013. p. 410).

17. No âmbito jurisdicional, a edição da súmula 608 pelo STJ reforça a tese de que a ANS, no exercício de seu poder normativo e regulamentar acerca dos planos de saúde coletivos – ressalvados, apenas, os de autogestão –, deve observar os ditames do CDC.

18. Impende ressaltar que os contratos de planos de saúde apresentam características peculiares, assim destacadas por Bruno Miragem:

a) revestem-se de grande importância social, dado o caráter vital da prestação principal do fornecedor; b) seu interesse útil revela-se na promoção e preservação da vida e da saúde do consumidor, vinculando-se por isso com a própria proteção da pessoa humana; c) durante a execução do contrato, em muitas situações percebe-se a vulnerabilidade do consumidor, em vista de enfermidade e a necessidade de obtenção de meios para o seu tratamento. (Obra citada. p. 407)

19. De fato, depois da própria vida, não há bem mais caro ao ser humano que a sua saúde!

20. Então, se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a rescisão unilateral injustificada do contrato pela operadora do plano de saúde coletivo empresarial, de outro lado, o CDC impõe que os respectivos beneficiários, que contribuíram para o plano, não podem ficar absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde e de seu grupo familiar.

21. Cabe ressaltar, consoante advertem Maury Ângelo Bottesini e Mauro Conti Machado, que “o maior contingente de usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde tem origem na inserção de empregados e prestadores autônomos de serviços, os denominados terceirizados, vinculados a empresas que contratam a assistência médico-hospitalar como um dos atrativos

com os quais selecionam os melhores empregados e profissionais” (Lei dos planos e seguros de saúde: comentada e anotada artigo por artigo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 210).

22. Por todo o exposto, não há como fazer uma interpretação puramente literal do art. 3º da Resolução CONSU nº 19/1999, como pretende o recorrente, sob pena de se agravar sobremaneira a situação de vulnerabilidade do consumidor que contribuiu para o serviço, além de favorecer o exercício arbitrário do direito de resilir pelas operadoras de planos de saúde coletivos empresariais, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

23. O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a empresa e que não oferece plano na modalidade individual ou familiar, corresponde o dever de proteção dos consumidores (empregados da estipulante), que contribuíram para o plano de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço.

24. Sob essa ótica, e considerando as ponderações tecidas pelo e. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva em seu voto-vista, conclui-se que, na ausência de norma legal expressa que resguarde o consumidor na hipótese de rescisão unilateral do contrato coletivo empresarial pela operadora, sem a contratação de novo plano pelo empregador, há de se reconhecer o direito à portabilidade de carências, instituído pela Res. ANS 186/2009, permitindo, assim, que os beneficiários possam contratar um novo plano de saúde, observado o prazo de permanência no anterior, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária e sem custo adicional pelo exercício do direito.

25. Essa conclusão é reforçada pelo fato de que, recentemente, a Res. ANS 186/2009 foi revogada pela Res. ANS 438/2018, a qual prevê expressamente a possibilidade de portabilidade de carências na hipótese específica de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante (art. 8º, IV), dentre outras mudanças favoráveis ao consumidor, como a extinção de um período-limite para a solicitação da portabilidade (janela) e o fim da exigência de compatibilidade de cobertura para a mudança de plano, nestes termos:

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 Resolução, nas seguintes hipóteses:

(...)

IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 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.

§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução.

§ 4º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade de carências

tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

(...)

Art. 11. A operadora ou a administradora de benefícios, seja do plano de origem ou do plano de destino, não poderá realizar qualquer cobrança ao beneficiário em virtude do exercício da portabilidade de carências.

Parágrafo único. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

(...)

Art. 21. No exercício do direito à portabilidade de carências não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

26. Logo, há de ser reformado o acórdão impugnado para que, observada a ordem de manutenção dos tratamentos médicos em andamento, sejam os beneficiários devidamente cientificados da extinção do vínculo em decorrência da rescisão do contrato de plano de saúde coletivo pela operadora, contando-se, a partir de então, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se houver a contratação de novo plano de saúde pelo empregador.

## DA CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO do recurso especial e DOU-LHE PROVIMENTO, a fim de julgar improcedentes os pedidos deduzidos na petição inicial, mantida a determinação de manutenção dos tratamentos médicos em

# *Superior Tribunal de Justiça*

andamento até a efetivação da portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo empregador.

Em consequência, ficam os recorridos condenados a arcar com as custas processuais e os honorários advocatícios, consoante fixados pelo TJ/SP no acórdão de fls. 205-213, e-STJ, observada eventual gratuidade de justiça.

