

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.792.649 - PR (2019/0017632-0)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : CARLOS OLIVEIRA PERNA  
RECORRENTE : CELIA MARIA MAGNANI  
RECORRENTE : EVAIR COSTA DAS NEVES  
RECORRENTE : MIRIAM DO ROCIO MARTINS  
RECORRENTE : NILZA MARIA RESENDE MONTEIRO  
RECORRENTE : TERESA CRISTINA MAGNANI  
ADVOGADO : MAX FELLIPY DOS SANTOS PADILHA E OUTRO(S) - PR072337  
RECORRIDO : NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA  
ADVOGADOS : LUIZ CARLOS DA ROCHA - PR013832  
RODRIGO DA ROCHA LEITE - PR042170  
FLÁVIA MARTIN FABRI HELLER DE PAULI E OUTRO(S) - PR067650

## RELATÓRIO

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

Cuida-se de recurso especial interposto por CARLOS OLIVEIRA PERNA E OUTROS, fundado nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/PR.

Ação: de obrigação de fazer c/c compensação do dano moral ajuizada por CARLOS OLIVEIRA PERNA E OUTROS em face de NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA, na qual alegam o cancelamento unilateral indevido do plano de saúde coletivo empresarial de que são beneficiários.

Reconvenção: apresentada por NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA na qual requer a declaração do cancelamento do plano de saúde, tendo em vista a rescisão do contrato firmado com a empresa Perna Corretora de Seguros S/C Ltda.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou improcedentes os pedidos deduzidos na exordial e procedente o deduzido na reconvenção para declarar

cancelado o contrato de plano de saúde e seu respectivo aditivo.

Acórdão: o TJ/PR, à unanimidade, negou provimento à apelação interposta por CARLOS OLIVEIRA PERNA E OUTROS, nos termos da seguinte ementa:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER E INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. PEDIDO DE RESTABELECIMENTO DO VINCULO CONTRATUAL POR BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE SAÚDE. RESILIÇÃO UNILATERAL E IMOTIVADA DO CONTRATO PELA OPERADORA. IMPROCEDÊNCIA DA DEMANDA PRINCIPAL E PROCEDÊNCIA DO PLEITO RECONVENCIONAL. INSURGÊNCIA DOS AUTORES-RECONVINDOS.

(A) INCIDÊNCIA DAS NORMAS DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA DENÚNCIA IMOTIVADA DO CONTRATO: CONTRATO COM VIGÊNCIA SUPERIOR A DOZE MESES, COMUNICAÇÃO ENVIADA COM SESENTA DIAS DE ANTECEDÊNCIA E OFERTA DE MIGRAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR. RESOLUÇÃO 195 DA ANS E RESOLUÇÃO 19 DO CONSU. ORIENTAÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA E DESTA CORTE.

(B) DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO. ATO ILÍCITO NÃO CARACTERIZADO. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO PELA OPERADORA DO PLANO (CC, ART. 188, INCISO I). RECURSO NÃO PROVIDO.

Embargos de declaração: opostos por CARLOS OLIVEIRA PERNA E OUTROS, foram rejeitados.

Recurso especial: apontam ofensa aos arts. 1.022, parágrafo único, II, 489, § 1º, IV, 341, do CPC/15, ao art. 6º, III, do CDC, bem como aos arts. 186 e 927 do CC/02, além do dissídio jurisprudencial sobre a interpretação do art. 6º, III, do CDC.

Alegam, a par da negativa de prestação jurisdicional, que, nos termos do art. 6º, III, do CDC, “ainda que tenha havido notificação à estipulante [empregadora] acerca da rescisão unilateral do contrato, para que a mesma fosse válida, os beneficiários do plano de saúde também deveriam ser notificados” (fl. 608, e-STJ).

Sustentam que “a relação de consumo, no caso, se dá entre os beneficiários do plano e a operadora, e não entre a estipulante e a operadora” (fl. 609, e-STJ) e que a violação do dever de informar os impediu de exercer o direito de migrar para um plano individual ou familiar.

Afirmam ser incontroverso nos autos, porque não impugnado no momento oportuno, que houve a negativa de cobertura em meados de novembro de 2014, de modo que não poderia o TJ/PR concluir pela ausência de prova quanto a esse fato, especialmente porque não houve dilação probatória e a demanda foi julgada antecipadamente. Acrescentam que tal alegação – de ausência de impugnação específica – não caracteriza inovação recursal, na medida em que não havia outro momento processual adequado para fazê-lo.

Pleiteiam, ao final, o conhecimento e provimento do recurso especial nestes termos:

1. Requer-se o conhecimento do presente recurso, vez que preenche todos os requisitos de admissibilidade;

2. Requer-se o reconhecimento da omissão presente no acórdão recorrido, no ponto em que não enfrentou a tese de que não há controvérsia acerca da data de negativa de cobertura aos recorrentes (violação ao caput do art. 341 do CPC – caput do art. 302, do CPC/73) dando-se por prequestionada toda a matéria aventada nos embargos opostos em face da decisão que julgou a apelação, nos termos do art. 1.025, do CPC;

- 2.1. Subsidiariamente, requer-se a anulação do acórdão recorrido, determinando-se seja enfrentada a tese de que, ante a ausência de impugnação na contestação, não há controvérsia acerca da data apontada pelos recorrentes, como sendo a da negativa de atendimento.

3. Seja pela afronta ao art. 6º, III, do CDC, seja pelo dissídio jurisprudencial demonstrado no item IV.4 deste recurso, requer-se o provimento do recurso especial para o fim de que seja reformado o acórdão atacado, reconhecendo-se a invalidade da rescisão unilateral do plano de saúde, efetuada pela recorrida, uma vez que esta não notificou, diretamente, os recorrentes, na qualidade de consumidores. Consequentemente, requer-se a reativação do plano de saúde dos

# Superior Tribunal de Justiça

recorrentes, julgando-se improcedente a reconvenção proposta pela recorrida.

4. Havendo o reconhecimento de que a rescisão foi ilícita, requer-se o provimento do recurso especial, para o fim de que seja reformado o acórdão atacado, declarando-se a confissão ficta da recorrida quanto à data apontada pelos recorrentes como sendo a de sua negativa de atendimento (meados de novembro de 2014), eis que tal fato não foi impugnado na contestação, o que se pede nos termos do caput do art. 341 do CPC (caput do art. 302 do CPC/73). Conseqüentemente, requer seja declarado que tal negativa foi indevida, vez que a rescisão operada pela recorrida foi ilícita.

5. Acolhendo-se os pedidos formulados nos itens 3 e 4, requer-se a condenação da recorrida ao pagamento de indenização por danos morais, em virtude da indevida negativa de cobertura, em valor a ser arbitrado por Vossas Excelências, mas que sugere-se não seja fixado em valor inferior a R\$ 15.000,00, por recorrente.

5.1 Subsidiariamente, requer seja determinado ao Tribunal de origem que enfrente o pedido de danos morais formulado pelos recorrentes, no caso desta Corte Superior reconhecer a ilicitude da negativa de cobertura.

6. Com o provimento do recurso, requer-se a inversão e majoração dos ônus sucumbenciais, observando-se os limites previstos no art. 85 do CPC.

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/PR admitiu o recurso especial (fl. 652-653, e-STJ).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.792.649 - PR (2019/0017632-0)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI

RECORRENTE : CARLOS OLIVEIRA PERNA

RECORRENTE : CELIA MARIA MAGNANI

RECORRENTE : EVAIR COSTA DAS NEVES

RECORRENTE : MIRIAM DO ROCIO MARTINS

RECORRENTE : NILZA MARIA RESENDE MONTEIRO

RECORRENTE : TERESA CRISTINA MAGNANI

ADVOGADO : MAX FELLIPY DOS SANTOS PADILHA E OUTRO(S) - PR072337

RECORRIDO : NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA

ADVOGADOS : LUIZ CARLOS DA ROCHA - PR013832

RODRIGO DA ROCHA LEITE - PR042170

FLÁVIA MARTIN FABRI HELLER DE PAULI E OUTRO(S) - PR067650  
EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO DO DANO MORAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. POSSIBILIDADE DE RESILIÇÃO UNILATERAL IMOTIVADA. VÍNCULO ENTRE OPERADORA E USUÁRIO. CDC. INCIDÊNCIA. DEVER DE INFORMAR. VIOLAÇÃO. INEFICÁCIA DA RESILIÇÃO PERANTE OS USUÁRIOS. NEGATIVA INDEVIDA DE ATENDIMENTO. DANO MORAL. FATOS CONSTITUTIVOS DO DIREITO. PROVA. INEXISTÊNCIA. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer c/c compensação do dano moral ajuizada em 22/01/2015, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 02/07/2018 e atribuído ao gabinete em 25/01/2019.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre: (x) a negativa de prestação jurisdicional; (x) a irregularidade da resilição unilateral do contrato pela operadora de plano de saúde; (iii) a ocorrência de negativa indevida de atendimento e a configuração do dano moral correspondente.

3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, parágrafo único, II, e do art. 489, § 1º, IV, do CPC/15.

4. A jurisprudência desta Corte admite, via de regra, a resilição unilateral imotivada do contrato coletivo de plano de saúde, após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário, com antecedência mínima de sessenta dias, tendo em vista que a vedação prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/1998, se aplica somente aos contratos individuais ou familiares.

5. Sob a ótica da relação triangulada havida entre operadora de plano de saúde, empregador-estipulante e empregado-beneficiário, formada a partir da celebração do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, ressalvados os de autogestão, há de se inferir que, perante o empregado, usuário do serviço de assistência à saúde, a operadora assume a posição de fornecedor, caracterizando-se o vínculo que os une como uma verdadeira relação de consumo, consoante dispõe a súmula 608/STJ.

6. Segundo os critérios da legislação consumerista, o dever imposto ao empregador pelo parágrafo único do art. 2º da Resolução CONSU nº 19, de 25/03/1999 – de informar ao empregado, beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial, sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao exercício, no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento, da opção pelo produto individual ou familiar da operadora – não tem o condão de afastar o dever de informar da operadora, com base no art. 6º, III, do CDC.

7. O dever de informar exige da operadora a notificação individual de cada

um dos beneficiários acerca da rescisão unilateral do contrato, ônus do qual não se desobriga pela mera transferência ao empregador, ainda que expressa, de tal encargo.

8. Hipótese em que a rescisão unilateral do contrato pela operadora-recorrida, embora válida e eficaz para o empregador-estipulante, não obriga os beneficiários-recorrentes porque dela não tomaram a devida ciência.

9. No que tange à negativa indevida de atendimento e ao dano moral correspondente, competia aos autores fazer a prova dos fatos constitutivos de seu direito, sendo certo, ademais, que a presunção de veracidade daqueles não impugnados na contestação é relativa, não impedindo que o julgador, à vista dos elementos probatórios presentes nos autos, forme livremente sua convicção.

10. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.792.649 - PR (2019/0017632-0)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : CARLOS OLIVEIRA PERNA  
RECORRENTE : CELIA MARIA MAGNANI  
RECORRENTE : EVAIR COSTA DAS NEVES  
RECORRENTE : MIRIAM DO ROCIO MARTINS  
RECORRENTE : NILZA MARIA RESENDE MONTEIRO  
RECORRENTE : TERESA CRISTINA MAGNANI  
ADVOGADO : MAX FELLIPY DOS SANTOS PADILHA E OUTRO(S) - PR072337  
RECORRIDO : NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA  
A SAÚDE LTDA  
ADVOGADOS : LUIZ CARLOS DA ROCHA - PR013832  
RODRIGO DA ROCHA LEITE - PR042170  
FLÁVIA MARTIN FABRI HELLER DE PAULI E OUTRO(S) - PR067650

VOTO

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

O propósito recursal consiste em decidir sobre: (x) a negativa de prestação jurisdicional; (x) a irregularidade da rescisão unilateral do contrato pela operadora de plano de saúde; (iii) a ocorrência de negativa indevida de atendimento e a configuração do dano moral correspondente.

DA NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL

1. Apontam os recorrentes a existência de omissão no acórdão exarado pelo TJ/PR, por não ter se manifestado acerca da tese relativa à ausência de impugnação específica na contestação quanto à data da negativa de atendimento.

2. Convém ressaltar, por oportuno, que o TJ/PR concluiu ser válida a notificação realizada pela recorrida, tendo esta agido no exercício regular de direito ao negar o atendimento. Eis os fundamentos do acórdão:

Conclui-se, portanto, que a denúncia contratual

promovida pela apelada não caracterizou ato ilícito, por se tratar de exercício regular de direito.

2.5) Também não há que se falar em indenização por dano moral ou negativa de atendimento dentro de período de 60 (sessenta) dias da comunicação do término do contrato (setembro de 2014 a novembro de 2014), tendo em vista que a apelada agiu em exercício regular de direito (CC, art. 188, inciso 1), e sobretudo por não estar datada a declaração elaborada pela Clínica Médica São Paulo Ltda (mov. 1.18), não sendo possível aferir o momento em que essa suposta recusa ocorreu. (fl. 567-569, e-STJ)

3. No acórdão dos embargos de declaração, consta ainda que:

A petição inicial tem como causa de pedir a indevida negativa de cobertura assistencial aos beneficiários do plano de saúde apesar de inexistir adimplemento das mensalidades: "A conduta ilícita da ré resta caracterizada pelo indevido cancelamento unilateral do contrato de plano de saúde firmado com a Perna Corretora de Seguros S/C Ltda, já que todas as mensalidades do plano estão devidamente pagas" (sic, mov. 1.1).

Apresentada defesa material indireta na contestação, com a alegação de regular rescisão unilateral do contrato celebrado com a estipulante a Perna Corretora de Seguros, os embargantes não arguíram as referidas teses nas manifestações subsequentes no Juízo de origem, sustentando apenas a invalidade da rescisão unilateral e a ausência de disponibilização de plano individual ou familiar aos beneficiários do plano de saúde (movs. 99.1, 163.1).

Não tendo sido alegada no momento oportuno a violação ao princípio da boa-fé por comportamento contraditório, a sua arguição em apelação configura inovação recursal, sendo vedada a sua apreciação pela instância revisora. (fl. 598, e-STJ)

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

5. À vista disso, não há omissão a ser suprida, de modo que não se vislumbra a alegada violação do art. 1.022, parágrafo único, II, e do art. 489, § 1º, IV,

do CPC/15.

DA IRREGULARIDADE DA RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

6. Segundo o acórdão impugnado, NOSSA SAÚDE OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA (recorrida) e Perna Corretora de Seguros Ltda (estipulante) celebraram contrato de plano de saúde coletivo empresarial em 01/06/2011.

7. Em 05/09/2014, a Perna Corretora de Seguros Ltda recebeu carta de cancelamento, por meio da qual a recorrida deu ciência da resilição unilateral do contrato firmado entre as partes, bem como da necessidade de a estipulante informar tal fato aos beneficiários do plano de saúde.

8. A partir desse contexto, há de ser analisada a regularidade da resilição unilateral do contrato pela operadora do plano de saúde, considerando que os beneficiários dela não tomaram conhecimento em tempo de optar pela contratação de um plano individual ou familiar.

9. Convém ressaltar, de início, que a jurisprudência desta Corte admite, via de regra, a resilição unilateral imotivada do contrato coletivo de plano de saúde, após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário, com antecedência mínima de sessenta dias, tendo em vista que a vedação prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/1998, se aplica somente aos contratos individuais ou familiares (AgInt nos EDcl no REsp 1.792.904/SP, Quarta Turma, julgado em 12/11/2019, DJe 09/12/2019; AgInt no REsp 1.663.346/SP, Terceira Turma, julgado em 26/08/2019, DJe 30/08/2019; AgInt no REsp 1.796.023/SP, Quarta Turma, julgado em 25/06/2019, DJe 28/06/2019; REsp 1.471.569/RJ, Terceira Turma, julgado em 01/03/2016, DJe

07/03/2016).

Da incidência do CDC e da violação do dever de informar

10. A Lei 9.656/98 (LPS) estabeleceu que os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes diferentes: individual/familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão (art. 16, VII).

11. Nessa linha, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa 195/09, definiu que: i) o plano de saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar; ii) o plano coletivo empresarial é delimitado à população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e iii) o plano coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

12. Nos contratos de plano de saúde coletivo, portanto, a relação jurídica de direito material envolve uma operadora e uma pessoa jurídica que atua em favor de uma classe (coletivo por adesão) ou em favor de seus respectivos empregados (coletivo empresarial).

13. Nessa linha, a Terceira Turma, no julgamento do REsp 1.510.697/SP, DJe 15/06/2015, decidiu que o contrato de plano de saúde coletivo se caracteriza como uma estipulação em favor de terceiro, em que a pessoa jurídica figura como intermediária da relação estabelecida substancialmente entre o indivíduo integrante da classe/empresa e a operadora (art. 436, parágrafo único, do Código Civil). Isso porque a estipulação do contrato de plano de saúde coletivo ocorre, naturalmente, em favor dos indivíduos que compõem a classe/empresa, verdadeiros beneficiários

finais do serviço de atenção à saúde.

14. Sob a ótica dessa relação triangulada – operadora de plano de saúde, empregador-estipulante e empregado-beneficiário –, formada a partir da celebração do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, ressalvados os de autogestão, há de se inferir que, perante o empregado, usuário do serviço de assistência à saúde, a operadora assume a posição de fornecedor, caracterizando-se o vínculo que os une como uma verdadeira relação de consumo, consoante dispõe a súmula 608/STJ.

15. A propósito, leciona Maria Stella Gregori, ao abordar a regra do art. 35-G da Lei 9.656/1998:

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

A interpretação de 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). (Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. 4ª ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. p. 162)

16. E, dentre os direitos básicos do consumidor, previstos no art. 6º do CDC, está o de ser devidamente informado sobre os serviços oferecidos, ao qual corresponde uma série de deveres de informação imputados ao fornecedor, nas diferentes fases da relação de consumo.

17. Em complemento, o art. 46 do CDC estabelece que “os contratos que regulam relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes fora

dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio do seu conteúdo”.

18. No que tange especificamente à operadora de planos de saúde, o STJ já decidiu estar ela “obrigada ao cumprimento de uma boa-fé qualificada, ou seja, uma boa-fé que pressupõe os deveres de informação, cooperação e cuidado com o consumidor/segurado” (REsp 418.572/SP, 4ª Turma, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, DJe de 30.03.2009).

19. Vale notar que os referidos dispositivos legais são reflexo do princípio da transparência, que alcança o negócio em sua essência, na medida em que a informação repassada ao consumidor integra o próprio conteúdo do contrato. Trata-se, portanto, de dever intrínseco ao negócio e que deve estar presente não apenas na formação do contrato, mas durante toda a sua execução.

20. Muito oportuna, nesse ponto, a lição de Cláudia Lima Marques, no sentido de que o dever de informar não se restringe à fase pré-contratual, incluindo o dever “de informar durante o transcorrer da relação (...), ainda mais em contratos cativos de longa duração, como os de planos de saúde (...), pois, se não sabe dos riscos naquele momento, não pode decidir sobre a continuação do vínculo ou o tipo de prestação futura”. A autora conclui que “informar é mais do que cumprir com o dever anexo de informação: é cooperar e ter cuidado com o parceiro contratual, evitando os danos morais e agindo com lealdade (pois é o fornecedor que detém a informação) e boa-fé” (Comentários ao código de defesa do consumidor, 2ª ed., São Paulo: RT, 2006, pp. 178-179).

21. Em síntese, o comando do art. 6º, III, do CDC, só é tido como efetivamente cumprido pelo fornecedor quando a informação for prestada ao consumidor de forma clara e tempestiva, de modo a lhe assegurar a tomada de decisão consciente, a manifestação de vontade qualificada que, na lição de Sergio Cavalieri Filho, parte do pressuposto de que, “sem informação adequada e precisa

o consumidor não pode fazer boas escolhas, ou, pelo menos, a mais correta” (Programa de direito do consumidor. São Paulo: Atlas, 2008, p. 83).

22. Por esse caminho trilha a jurisprudência do STJ ao orientar que, “tendo em vista a importância que a rede conveniada assume para a continuidade do contrato, a operadora somente cumprirá o dever de informação se comunicar individualmente cada associado sobre o descredenciamento de médicos e hospitais” (REsp 1.144.840/SP, Terceira Turma, julgado em 20/03/2012, DJe de 11/04/2012).

23. De todo o exposto, infere-se que, segundo os critérios da legislação consumerista, o dever imposto ao empregador pelo parágrafo único do art. 2º da Resolução CONSU nº 19, de 25/03/1999 – de informar ao empregado, beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial, sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao exercício, no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento, da opção pelo produto individual ou familiar da operadora – não tem o condão de afastar o dever de informar da operadora.

24. Então, se, por um lado, a operadora está autorizada a resilir unilateralmente o contrato de plano de saúde, cabe a ela, por outro lado, comunicar prontamente os interessados, quais sejam, o empregador-estipulante e os respectivos usuários, inclusive para que estes possam decidir sobre a contratação de um novo plano de saúde, evitando a interrupção da cobertura.

25. Evidentemente, o prejuízo decorrente da violação do dever de informar pela operadora do plano de saúde, ou mesmo da falha do empregador ao deixar de “repassar a informação da rescisão contratual aos beneficiários vinculados ao plano”, não pode ser suportado pelo usuário, a parte vulnerável da relação jurídica contratual entabulada.

26. Conclui-se, portanto, que, na hipótese específica dos autos, o

dever de informar exigia da operadora a notificação individual de cada um dos beneficiários, ônus do qual não se desobrigou pela mera transferência ao empregador, ainda que expressa, do encargo de "repassar a informação da rescisão contratual aos beneficiários vinculados ao plano, bem como orientá-los sobre a possibilidade de contratação de um novo plano junto à Nossa Saúde, na modalidade de individual/familiar, com a análise de aproveitamento das carências já cumpridas, desde que tal contratação ocorra em até 30 (trinta) dias do final da vigência do contrato atual" (fl. 608, e-STJ).

27. Nesse contexto, a rescisão unilateral do contrato pela operadora-recorrida, embora seja válida e eficaz para o empregador-estipulante, não obriga os beneficiários-recorrentes.

#### DA OCORRÊNCIA DE NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA E DA CONFIGURAÇÃO DO DANO MORAL

28. Constatada, pois, a ineficácia, com relação aos consumidores, da rescisão unilateral do contrato pela operadora de plano de saúde, é incorreto afirmar, como o fez o TJ/PR, que "a denúncia contratual promovida pela apelada não caracterizou ato ilícito, por se tratar de exercício regular de direito" (fl. 569, e-STJ).

29. A despeito disso, não há como reconhecer, no particular, a ocorrência de negativa indevida de atendimento como fato gerador dos danos materiais e morais alegados, sem ofensa à súmula 07/STJ, considerando que no acórdão recorrido se registrou "não estar datada a declaração elaborada pela Clínica Médica São Paulo Ltda (mov. 1.18), não sendo possível aferir o momento em que essa suposta recusa ocorreu" (fl. 569, e-STJ).

30. Cabe ressaltar que competia aos autores fazer a prova dos fatos

constitutivos de seu direito, sendo certo, ademais, que a presunção de veracidade daqueles não impugnados na contestação é relativa, não impedindo que o julgador, à vista dos elementos probatórios presentes nos autos, forme livremente sua convicção (REsp 1.455.296/PI, Terceira Turma, julgado em 01/12/2016, DJe de 15/12/2016).

31. No entanto, há de ser concedido aos beneficiários, a partir da ciência da ineficácia da rescisão unilateral do plano de saúde coletivo empresarial, que ora se declara, o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a “contratação de um novo plano junto à Nossa Saúde, na modalidade de individual/familiar, com a análise de aproveitamento das carências já cumpridas” (fl. 608, e-STJ).

#### DA CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO DO RECURSO ESPECIAL E DOU-LHE PARCIAL PROVIMENTO para declarar a ineficácia, perante os recorrentes, da rescisão unilateral do contrato e, em consequência, determinar a sua intimação para que, no prazo de trinta dias, possam optar pela contratação de um novo plano junto à Nossa Saúde, na modalidade de individual/familiar, com a análise de aproveitamento das carências já cumpridas.

Em consequência, fica invertida a sucumbência relativa à presente demanda, de modo que, em virtude da sucumbência na reconvenção, devem arcar os recorrentes apenas com a metade das custas e honorários estabelecidos na sentença.