

Poder Judiciário da União
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS

2VARCIVBSB
2ª Vara Cível de Brasília

Número do processo: 0744743-79.2023.8.07.0001

Classe judicial: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MARIA IGNEZ CANCADO VALADAO

REU: UNIMED SEGUROS SAUDE S/A

SENTENÇA

Cuida-se de ação de conhecimento, que se desenvolveu entre as partes epigrafadas, na qual se persegue provimento jurisdicional condenatório.

Na inicial, a requerente noticia ser beneficiária de plano de assistência médico hospitalar coletivo empresarial junto à seguradora requerida, desde 1º/12/13. Relata que foi surpreendida com a notícia de rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde, cuja vigência se encerraria em 31/10/23. Assevera que se encontra em tratamento médico desde 2009, em razão do acometimento de neoplasia maligna (câncer de mama). Discorre que entrou em contato por telefone com a Seguradora solicitando a migração para outra modalidade de plano (familiar ou individual), já que o plano oferecido pelo órgão não cobriria o tratamento que está sendo submetida, e sua interrupção acarretaria sérios prejuízos à saúde, mas não teria sido atendida no pleito.

Ao final, com base na fundamentação jurídica que apresenta, pleiteou Tutela de Urgência, já apreciada. No mérito, requer que seja condenada a requerida a manter da autora no contrato de assistência à saúde, nas mesmas condições inicialmente contratadas ou, alternativamente, que seja disponibilizado um novo contrato para a autora na modalidade familiar ou

individual, mediante equivalência de cobertura, segmentação e preço. Além disso, pretende que seja condenada a requerida ao pagamento de R\$ 10 mil (dez mil reais), a título de indenização por danos morais.

pleito de tutela de urgência deferido no ID 176707806, para determinar à requerida que restabeleça/preserve o plano de saúde firmado com a parte requerente, com todas as coberturas a ele inerentes, mediante o pagamento pelo requerente da integralidade do valor das mensalidades.

Citada, a requerida apresentou Contestação de ID 179378798, na qual defende que a rescisão do contrato foi realizada de forma prevista no termo de ajuste e na legislação aplicável à matéria, não havendo nenhuma mácula no procedimento. Esclarece que o contrato celebrado com a estipulante possuía período de vigência de 01/11/10 a 31/10/23. Argui que optou pela rescisão contratual ao final do período de vigência pré-estabelecido, tendo cumprido com os 2 (dois) requisitos exigidos para rescisão: período mínimo de 12 (doze) meses de vigência do contrato; e prévia notificação da parte contrária com 60 (sessenta) dias de antecedência. Ressalta que a opção da requerida de rescindir o contrato foi devidamente comunicada à estipulante em 24/8/23. Enfatiza que a requerida notificou a estipulante do contrato, não havendo nenhuma obrigação de notificar direta e pessoalmente nenhum dos beneficiários, conforme pactuado em contrato. Argumenta que eventual imposição de obrigação de fazer à requerida, sem que se observe as definições da lei ou do contrato, acarreta danos não somente à parte obrigada, mas também aos beneficiários que compõem a massa segurada, tendo em vista o mutualismo que impera nos contratos de plano de saúde. Tece arrazoado a respeito da possibilidade de a autora efetuar portabilidade para um novo plano ou seguro de saúde, sem que tenha de cumprir novos períodos de carência e, assim, possa manter a prestação de serviços médicos. Refuta a ocorrência de danos morais. Por fim, requer sejam julgados improcedentes os pedidos formulados pela requerente.

Na petição de ID 180925103, a parte requerida formula denúncia à lide da COOPERATIVA AGROPECUÁRIA UNAÍ LTDA – CAPUL, ao argumento de que essa empresa, na qualidade de estipulante, não cumpriu com seu dever de comunicar a não renovação da apólice a cada beneficiário, inclusive à autora.

Réplica à contestação apresentada no ID 183399161.

Decisão de ID 183423132 rejeitou o pleito de denúncia à lide. Na ocasião, por prescindível a abertura de fase instrutória, determinou-se a conclusão dos autos para sentença.

É o relatório. **D E C I D O.**

Finda a fase postulatória, não diviso a necessidade de abertura de fase instrutória, razão pela qual passo a apreciar o mérito das pretensões (art. 355, I, do CPC).

No mais, presentes os pressupostos para a válida constituição e regular desenvolvimento da relação processual, passo à análise da matéria de fundo.

Almeja a parte requerente provimento jurisdicional que determine à parte requerida a manutenção de plano de saúde coletivo contratado, em razão da pendência do tratamento médico da autora. Ademais, a requerente persegue a condenação da requerida ao pagamento de indenização por danos morais, no importe de R\$ 10 mil (dez mil reais).

A parte requerida, ao seu turno, defende a regularidade de sua conduta, acentuando previsão regulamentar e contratual no sentido de que, após o prazo de 12 (doze) meses de vigência inicial, qualquer uma das partes contratantes pode pleitear a rescisão do contrato, desde que proceda com o envio de aviso prévio de 60 (sessenta) dias à outra parte. Defende que a responsabilidade de comunicar aos beneficiários é da estipulante. Entende que a continuidade do tratamento da autora pode ser assegurada mediante o instituto da portabilidade de carência, que é ofertado, inclusive, pela requerida. Não vislumbra a ocorrência de danos morais indenizáveis.

Em suma, a divergência cinge-se na (ir)regularidade na rescisão unilateral do contrato pela parte requerida.

Sobre o tema, tem-se que a Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS, normativo que trata sobre as rescisões de operadoras de saúde e revogou a Resolução Normativa nº 195/2009, apenas estabelece que as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial devem constar expressamente do contrato celebrado entre as partes, "in verbis":

Subseção II

Da Rescisão ou Suspensão

Art. 23. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Já a Resolução Normativa 19/1999 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) determina que, para cancelamento dos contratos coletivos empresariais ou por adesão, deve ser ofertada aos beneficiários a possibilidade de migração, com isenção de carência, para plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, confira-se:

Art. 1º 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.

§ 1º – Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

§ 2º – Incluem-se no universo de usuários de que trata o caput todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

No caso, saliente-se cláusula contratual que prescreve (ID 179378823, p. 37):

"12.2.16. O Seguro ainda poderá ser resilido:

(...)

b. a qualquer tempo e por qualquer das partes, desde que decorrido o prazo de vigência do contrato em pelo menos 12 (doze) meses, devendo a parte contrária ser notificada com no mínimo 60 (sessenta) dias antecedência da data pretendida para resilição."

Consta a notificação de ID 179378819, na qual se registra o encerramento da avença a partir de 31/10/23, datada em 24/8/23.

No que se refere à disponibilização de outros planos, contudo, não se verifica nos autos nenhum documento que comprove a efetiva adoção dessa medida pela requerida. Em síntese, não há prova da notificação da requerente quanto à resilição do contrato ao qual estava vinculada, com o preenchimento de todos os pressupostos acima aludidos, tendo a requerida se limitado a mencionar, em sede de contestação, a possibilidade de portabilidade de carências ofertada na forma da RN nº 438/18, porém essa providência não se confunde com a medida exigida pela RN CONSU nº 19/1999.

Com efeito, a disponibilização de plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, isento de carência, constitui pressuposto para a resilição, ou seja, deve-se ofertar plano que ostente condições igualitárias ao plano que se almeja o cancelamento. Aliás, por força dos princípios da confiança, da lealdade, da boa-fé e da informação, essa disponibilização deve ser prestada de maneira clara e adequada, como forma de se assegurar a sua efetividade.

A corroborar com o entendimento exposto, confira-se arguto entendimento deste Eg. Tribunal, em Acórdão assim ementado:

"APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO CONSUMIDOR. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL SEM COMPROVAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO CONTRATUAL, COMUNICAÇÃO OU OFERTA DE MIGRAÇÃO OU PORTABILIDADE. CONDUTA ABUSIVA. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. RAZOABILIDADE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. BASE DE CÁLCULO. 1. Os planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de contratação: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial; e c) coletivo por adesão (art. 16, VII da Lei 9.656/1998; art. 2º da RN 557/2022 da ANS), havendo diferenças, entre eles, na atuação e na formação de preços dos serviços da saúde suplementar. 2. A Lei 9.656/1998, que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde, não impede a rescisão unilateral dos chamados contratos coletivos de assistência médica celebrados entre as operadoras de planos de saúde e as empresas. A Resolução Normativa 557/2022 da ANS, no entanto, estabelece que as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial devem constar expressamente do contrato celebrado entre as partes (art. 23). A Resolução Normativa 19/1999 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) também determina que, para o cancelamento dos contratos coletivos empresariais ou por adesão, deve ser ofertada aos beneficiários a possibilidade de migração, com isenção de carência, para plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar (arts. 1º e 2º). 3. Por imposição dos princípios da confiança, da lealdade, da boa-fé e da informação, tanto a autorização para suspensão e cancelamento, quanto a conferência do direito de opção ao consumidor devem ser prestados de maneira clara e adequada, como forma de se assegurar a sua efetividade. O atendimento dessas imposições visa assegurar o dever de transparência e garantir a continuidade dos serviços de assistência à saúde. 4. Caso em que não há prova da notificação da autora quanto à suspensão ou rescisão do contrato ao qual estava vinculada, tendo a requerida se limitado a arguir a regularidade do cancelamento. Não comprovado tenha havido informação aos beneficiários acerca da possibilidade migração com portabilidade de carência, assim como de terem sido os consumidores informados acerca da possibilidade de se dirigirem à operadora para migrar para outro plano de saúde, mantendo cobertura similar sem carência, ou mesmo esclarecendo-os quanto à possibilidade de, em sendo o caso, buscarem a portabilidade. 5. Alegação de que a rescisão do contrato coletivo pela operadora se deu em razão da inadimplência da contratante com base em cláusula permissiva da suspensão automática e posterior cancelamento, que também não merece

acolhida. Como bem definido em sentença, não acostado o inteiro teor do regulamento do plano coletivo e também não comprovada a cientificação da autora acerca da existência de tal cláusula, o que contraria a determinação do art. 6º, III do CDC e art. 23 da Resolução Normativa 557/2022 da ANS. 6. Quanto à alegação de encerramento da comercialização dos planos (coletivo ou individual), nenhuma comprovação nos autos a esse respeito, tratando-se de mera negativa geral. Assertivas da apelante que, nesse contexto, permanecem situadas no campo meramente argumentativo e sem respaldo probatório efetivo e aceitável apto a evidenciar o fato impeditivo do direito postulado. 7. Sucessivas são as falhas evidenciadas na prestação de serviço. Desse modo, independentemente do motivo do encerramento do plano de saúde coletivo, para que o cancelamento pudesse operar regularmente, deveria a requerida, nos termos da legislação, no mínimo, ter prestado a necessária informação à autora, esclarecendo-lhe a situação, e, havendo disponibilidade, propiciado, efetivamente, eventual migração ou portabilidade do plano como forma de se evitar uma interrupção abrupta, prejudicando seus atendimentos, como ocorrido em diversas ocasiões. A proposta de resilição do contrato, nos moldes em que decretada, afigura-se indevida e abusiva. 8. Na esfera extrapatrimonial, são evidentes os transtornos, constrangimentos e desconfortos experimentados pela autora, que extrapolaram, em muito, meros dissabores do cotidiano, notadamente tendo em conta as circunstâncias em que tudo ocorreu. São inegáveis os abalos causados, tanto pela sucessiva frustração de atendimentos, quanto pela falta e desencontro de informações por parte da operadora. Assim, é inquestionável o dano moral suportado diante da proposição irregular de cancelamento unilateral do plano de saúde, do descumprimento dos deveres legais e contratuais e da negativa injustificada de cobertura de tratamento crítico enquanto ainda vigente o contrato. 9. O valor do dano moral tem o escopo de atender a dupla função: reparar o dano, buscando minimizar a dor da vítima e punir o ofensor para que não volte a rescindir. No caso dos autos, diante do acontecimento e das consequências comprovadas, razoável o valor arbitrado em sentença, quantia que não se mostra exorbitante a ponto de proporcionar enriquecimento sem causa, nem ínfima a tornar insuficiente a reparação. 10. Pagamento dos ônus sucumbenciais decorre de expressa previsão legal e independe do comportamento subjetivo processual das partes, derivando da relação de causa e efeito entre o comparecimento das partes em juízo e o resultado dessa atuação. No que concerne à base de cálculo para incidência da verba honorária, é assente no STJ o entendimento de que fixação dos honorários

deve obediência ao disposto no § 2º do art. 85 do CPC/2015, observando limites quantitativos (mínimo de dez e o máximo de vinte por cento) e respeitando à seguinte ordem de vocação: a) em primeiro lugar, o valor da condenação; b) em segundo lugar, não havendo condenação, o proveito econômico obtido pelo vencedor; c) como terceira hipótese, não havendo condenação, tampouco sendo possível mensurar o proveito econômico, o valor atualizado da causa; d) por último, nas causas em que não houver condenação, for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou ainda quando o valor da causa for muito baixo, a verba honorária será fixada por apreciação equitativa conforme previsto no § 8º do mesmo artigo (STJ. REsp 1746072/PR, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Rel. p/ Acórdão Ministro RAUL ARAÚJO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 13/02/2019, DJe 29/03/2019). 11. Caso em que a fixação de honorários em percentual sobre o valor da condenação ou do proveito econômico imediato obtido resulta em quantia que não remunera adequadamente a atividade desenvolvida pelo profissional. Assim, obedecendo à hierarquia estabelecida, critério legal objetivo e vinculante, os honorários advocatícios devem ser fixados em percentual sobre o valor da causa, que apesar de não ser elevado, também não pode ser considerado irrisório a ponto de ser desconsiderado e autorizar o arbitramento por apreciação equitativa. 12. Recurso da autora conhecido e parcialmente provido. Recurso da requerida conhecido e não provido."

(Acórdão 1768639, 07079330220238070003, Relator: MARIA IVATÔNIA, 5ª Turma Cível, data de julgamento: 5/10/2023, publicado no DJE: 19/10/2023. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

De mais a mais, consigne-se que a requerente se encontra em tratamento oncológico, em razão um câncer de mama diagnosticado em 2009, sendo notória a constatação de que a interrupção pode gerar risco de progressão da doença.

Nesse particular, o Col. Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento, em sede de demanda repetitiva (Tema 1.082), no sentido de que: *"A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva*

alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida". Assim, mesmo nos casos de rescisão regular, impende a manutenção do beneficiário em tratamento.

Portanto, a pretensão condenatória relativa à manutenção da requerente em plano de saúde, nos moldes do que gozava anteriormente, é medida que se impõe.

No atinente à pretensão condenatória ao pagamento de danos morais, tenho que caiba ao julgador apreciar cada uma das demandas que se colocam sob a sua cognição, com o fito de divisar os casos em que se registra dor, sofrimento ou angústia, mas lamentavelmente inerentes à vida social, daqueles casos em que tais sentimentos se entranham com incomum profundidade e de modo duradouro, dando gênese ao "dano moral indenizável". Imperioso, ainda, é o registro de que, consoante a mais moderna orientação doutrinária e jurisprudencial, a ocorrência de dano moral prescinde de prova da dor e do sofrimento, traduzindo-se em "damnum in re ipsa".

No presente caso, a requerente contava, na data em que notificada do cancelamento, com 81 (oitenta e um) anos de idade. Considerando a avançada idade e a comorbidade da autora, tenho por certa a necessidade e o frequente uso da rede de assistência que lhe era franqueada pela requerida. A notícia de um abrupto rompimento do contrato mantido com a estipulante certamente repercutiu com profundidade no âmago da requerente, ao se ver alijada de um serviço que lhe representa a manutenção da própria vida. Ainda que não se desconheça a coexistência de uma rede pública de assistência à saúde, a alternância de operadoras em um cenário de contrato coletivo desperta nos beneficiários uma sensação (justificável) de insegurança em relação a demandas de assistência médica, sobretudo emergenciais. Na idade da requerente, o impacto é consideravelmente maior. Tenho por presente o dano moral, em favor de ambos.

Relativamente ao valor da indenização pelos danos morais, indica a doutrina e jurisprudência mais abalizadas que o magistrado deverá ter em mente a extensão do dano (art. 944 do CC), as consequências

objetivamente aferíveis, as circunstâncias que gravitam o fato, bem como o patrimônio dos envolvidos, de modo a não provocar empobrecimento acentuado de um deles ou enriquecimento sem causa do outro.

Tenho que a requerida se revista de saúde financeira capaz de suportar a condenação que se está a lhe impor. As consequências objetivamente verificáveis e circunstâncias que envolveram o ilícito foram aquelas declinadas no relatório e fundamentação acima.

Em razão do exposto, tenho por prudente e adequado fixar o valor da indenização pelos danos morais no montante TOTAL de R\$ 10 mil (dez mil reais), exatamente o montante perseguido na inicial.

Do exposto, JULGO PROCEDENTES os pedidos iniciais para: i) CONFIRMAR os efeitos da tutela de urgência concedida anteriormente; ii) CONDENAR a requerida à manutenção da requerente na condição de beneficiária, em planos individuais, com o mesmo valor da mensalidade que já vêm pagando e reajustes subsequentes pelos critérios definidos anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e iii) CONDENAR a requerida ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de R\$ 10 mil (dez mil reais). O montante relativo aos danos morais será acrescido de correção monetária e juros de mora, estes à taxa de 1% (um por cento) ao mês, ambos a contar da publicação desta Sentença (Enunciado nº. 362 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça). Pelo exposto, RESOLVO A LIDE com análise do mérito, na forma do art. 487, I, do CPC.

Custas pela parte requerida, bem como honorários advocatícios sucumbenciais, no montante equivalente a 12% (doze por cento) sobre o valor da condenação inscrita no item “iii)” (art. 82, § 2º, do CPC), corrigido de acordo com aqueles parâmetros.

COMUNIQUE-SE o teor deste "decisum" ao eminente Relator nos autos do recurso de Agravo de Instrumento de nº0750428-70.2023.8.07.0000, ENCAMINHANDO-SE cópia desta Sentença.

Transitada em julgado, arquivem-se, com as cautelas de praxe.

Sentença registrada eletronicamente. Publique-se. Intimem-se.

CARLOS EDUARDO BATISTA DOS SANTOS

Juiz de Direito

Documento datado e assinado eletronicamente

Assinado eletronicamente por: **CARLOS EDUARDO BATISTA DOS SANTOS**

11/04/2024 07:39:50

<https://pje.tjdft.jus.br/consultapublica/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **188326671**



240411073950681000001723

IMPRIMIR

GERAR PDF