

RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.495 - SP (2019/0159700-8)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADOS : SERGIO BERMUDES E OUTRO(S) - RJ017587
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : MEGATRANZ TRANSPORTES LTDA
ADVOGADOS : LUCIANO CORREIA BUENO BRANDÃO E OUTRO(S) - SP236093
LUIZ AUGUSTO VIEIRA DE CAMPOS - SP289003

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. QUESTÕES DEVIDAMENTE ANALISADAS PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE. RESILIÇÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. POSSIBILIDADE. NORMA DO ART. 13, INCISO II, DA LEI 9.656/1998 QUE INCIDE APENAS NOS CONTRATOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DESTA CORTE SUPERIOR. REFORMA DO ACÓRDÃO RECORRIDO NESSE PONTO. MANUTENÇÃO, PORÉM, DO PLANO DE SAÚDE PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE ESTIVEREM INTERNADOS OU EM TRATAMENTO MÉDICO, EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA BOA-FÉ, DA SEGURANÇA JURÍDICA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. LIBERDADE DE CONTRATAR QUE DEVE SER EXERCIDA NOS LIMITES E EM RAZÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DOS CONTRATOS. BENS JURIDICAMENTE TUTELADOS PELA LEI DE REGÊNCIA - SAÚDE E VIDA - QUE SE SOBREPÕEM AOS TERMOS CONTRATADOS. APLICABILIDADE DO DISPOSTO NO ART. 8º, § 3º, "B", DA LEI 9.656/1998, EM INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA E TELEOLÓGICA. RESTABELECIMENTO DA SENTENÇA. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO.

1. O propósito recursal é definir se, a par da adequação da tutela jurisdicional prestada (omissão no acórdão recorrido), é possível a resilição unilateral do contrato de plano de saúde coletivo, bem como se operam ou não efeitos em relação aos beneficiários que estão com tratamento médico em curso.

2. Não há que se falar em negativa de prestação jurisdicional na hipótese, pois todas as questões suficientes ao julgamento da causa foram devidamente analisadas no acórdão recorrido.

3. O posicionamento adotado pelo Tribunal de origem diverge da jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, a qual proclama ser perfeitamente possível a resilição unilateral e imotivada de contrato coletivo de plano de saúde, desde que cumprido o prazo de vigência de 12 (doze) meses, bem como haja notificação prévia do contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, uma vez que o art. 13, inciso II, da Lei 9.656/1998, incide tão somente nos contratos individuais ou familiares.

4. Entretanto, não obstante seja possível a resilição unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo, deve ser resguardado o direito daqueles beneficiários que estejam internados ou em pleno tratamento médico, observando-se, assim, os princípios da boa-fé, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana.

4.1. Com efeito, a liberdade de contratar não é absoluta, devendo ser exercida nos limites e em razão da função social dos contratos, notadamente em casos como o presente, cujos bens protegidos são a saúde e a vida do beneficiário, os quais se sobrepõem a quaisquer outros de natureza eminentemente contratual, impondo-se a manutenção do vínculo contratual entre as partes até que os referidos beneficiários encerrem o respectivo tratamento médico.

4.2. Ademais, não se pode olvidar que a própria Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998) estabelece, em seu art. 8º, § 3º, alínea "b", que as operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades,

Superior Tribunal de Justiça

desde que garanta a continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento médico, dentre outros requisitos.

4.3. Assim sendo, tomando como base uma interpretação sistemática e teleológica da referida lei, é de se concluir que o disposto no art. 8º, § 3º, alínea "b", da Lei n. 9.656/1998, que garante a continuidade da prestação de serviços de saúde aos beneficiários internados ou em tratamento médico, deverá ser observado não só nos casos de encerramento das atividades da operadora de assistência à saúde, mas também quando houver resilição unilateral do plano de saúde coletivo, como ocorrido na espécie, razão pela qual deve ser restabelecida a sentença de procedência parcial do pedido.

5. Recurso especial parcialmente provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro (Presidente), Nancy Andrichi, Paulo de Tarso Sanseverino e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 08 de outubro de 2019 (data do julgamento).

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.495 - SP (2019/0159700-8)

RELATÓRIO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE:

Trata-se de recurso especial interposto pela Bradesco Saúde S.A., com fulcro no art. 105, inciso III, alíneas *a* e *c*, da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo assim ementado (e-STJ, fl. 575):

APELAÇÃO CÍVEL. Plano de Saúde. Denúncia unilateral de contrato coletivo. Aplicação dos ditames do CDC. A aparente proteção exclusiva do art. 13, parágrafo único, inciso II, aos contratos individuais, estende-se também aos contratos coletivos por adesão, sob pena de ferir gravemente todo o sistema protetivo tanto do Código de Defesa do Consumidor como da Lei nº 9.656/98. Nos contratos coletivos o beneficiário final é o consumidor, tal qual nos contratos individuais ou familiares.

Direito a saúde que deve ser preservado. Contrato mantido para todos os beneficiários. Recurso da ré improvido e provido o recurso da autora.

O referido acórdão foi integralizado por ocasião do julgamento dos embargos de declaração opostos, ficando o aresto assim resumido (e-STJ, fl. 644):

Embargos de declaração. Omissão não configurada. Acórdão que apreciou todas as questões ventiladas pelas partes e é claro quanto aos fundamentos que justificaram a solução adotada. Caráter infringente evidenciado. Prequestionamento. Desnecessidade de pronunciamento expresso acerca dos dispositivos legais tidos como afrontados, já que a questão jurídica por eles disciplinada, foi expressamente apreciada. Embargos rejeitados.

Nas razões do recurso, a recorrente alega que o acórdão recorrido, além de violar o art. 1.022 do Código de Processo Civil de 2015, pois deixou de analisar as questões suscitadas em suas razões de apelação, também violou o art. 13, inciso II, da Lei n. 9.656/1998, além de contrariar o entendimento pacífico do STJ no sentido de que a vedação à rescisão unilateral do contrato de saúde previsto na referida norma "restringe-se unicamente aos planos ou seguros de saúde individuais ou familiares" (e-STJ, fl. 588).

Superior Tribunal de Justiça

As contrarrazões foram ofertadas às fls. 653-685 (e-STJ).

É o relatório.



RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.495 - SP (2019/0159700-8)

VOTO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE (RELATOR):

O propósito recursal é definir se, a par da adequação da tutela jurisdicional prestada (omissão no acórdão recorrido), é possível a rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo, bem como se operam ou não efeitos em relação aos beneficiários que estão com tratamento médico em curso.

1. Delimitação fática

Megatranz Transportes Ltda. ajuizou ação cominatória em desfavor da Bradesco Saúde S/A, buscando, em síntese, a manutenção do contrato de plano de saúde coletivo e da respectiva cobertura médico-hospitalar aos seus respectivos beneficiários.

Alegou, para tanto, que em 2016 firmou com a ré contrato de plano de saúde coletivo, tendo como beneficiários os funcionários da empresa e seus dependentes, totalizando 203 (duzentas e três) pessoas.

Ocorre que, em 23/5/2018, a ré encaminhou notificação informando que o contrato estava rescindido e que, após 29/7/2018, a cobertura a todos os beneficiários ativos e inativos do plano estaria cancelada, inclusive para aqueles que estavam em pleno tratamento médico.

O Juízo de primeiro grau, por sua vez, julgou parcialmente procedente o pedido apenas para "condenar a ré à obrigação de fazer consistente na manutenção do contrato e da cobertura médico-hospitalar nas mesmas condições de cobertura assistencial e preços vigentes no contrato coletivo, sem carência ou cobertura parcial temporária, para os beneficiários Maria Germano Campos e Carlos Santana, até suas respectivas altas hospitalares, sob pena de multa diária de R\$ 10.000,00, limitada, por ora, a R\$ 400.000,00" (e-STJ, fl. 440).

Ambas as partes apelaram.

O Tribunal de Justiça de São Paulo, por maioria de votos, negou provimento

ao recurso da ré e deu provimento ao apelo da autora para julgar a ação totalmente procedente, ficando a ré "condenada a se abster de suspender a cobertura médico-hospitalar, deixando de proceder ao cancelamento do plano entabulado entre as partes, promovendo sua manutenção por tempo indeterminado e encaminhando à autora normalmente os boletos para pagamento das mensalidades vincendas, declarando-se nulas as cláusulas e condições gerais do contrato entabulado entre as partes, que autorizem a sua rescisão unilateral e imotivada" (e-STJ, fl. 581).

No presente recurso, a Bradesco Saúde busca, em síntese, a improcedência da ação, permitindo-se, com isso, a resilição unilateral do contrato, por se tratar de plano de saúde coletivo, e não individual.

Feito esse breve resumo, passo à análise das questões suscitadas.

2. Violação do art. 1022 do CPC/2015 - omissão no acórdão recorrido

A recorrente aponta que houve negativa de prestação jurisdicional pelo Tribunal de origem, pois "o v. acórdão recorrido simplesmente deixou de analisar argumento relevantíssimo da recorrente, o de que a cláusula que permite a rescisão unilateral e imotivada do contrato é perfeitamente válida, uma vez que o art. 13 da Lei 9.656/98 é aplicável apenas às apólices individuais e familiares" (e-STJ, fl. 594).

O argumento, contudo, não prospera.

Confira-se, a propósito, trecho do acórdão recorrido que analisou a matéria suscitada:

No mais, a discussão prende-se à inteligência do artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98, que estabelece a impossibilidade de os contratos individuais serem rescindidos unilateralmente. É que uma leitura mais apressada desse dispositivo poderia levar a conclusão de que os contratos coletivos poderiam ser rescindidos unilateralmente, já que a lei faz ressalva apenas aos contratos individuais.

Não é possível, dentro do microsistema do Código de Defesa do Consumidor, fazer-se uma interpretação restritiva ao consumidor, sob pena de grave violação ao sistema protetivo que inegavelmente integra as relações de consumo em benefício da parte hipossuficiente. Não se pode deixar de ter em conta que a rescisão unilateral de contrato de adesão de plano de saúde lesa direitos dos associados, contrariando princípios consagrados nas normas de defesa do consumidor, podendo trazer-lhes prejuízos irreparáveis.

Nesse ínterim, **não se pode diferenciar os contratos individuais dos coletivos, na medida em que, em última análise, estes também se destinam ao consumidor individual e, por isso, a diferenciação de disciplina implicaria em dar tratamento diferente para situações iguais.**

Como visto, ao contrário do que afirma a recorrente, constata-se que a questão foi amplamente debatida pela Corte local, não havendo que se falar, portanto, em omissão no *decisum*.

3. Violação do art. 13, inciso II, da Lei n. 9.656/1998, e divergência jurisprudencial - possibilidade de rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo

Analisando os autos, observa-se que o acórdão recorrido é claro ao justificar a aplicação da regra inserida no art. 13, inciso II, da Lei 9.656/1998, às rescisões unilaterais de contratos coletivos de planos de saúde, pois considerou que a leitura da referida norma deveria ser compatibilizada com os preceitos existentes no Código de Defesa do Consumidor.

Confira-se trecho do respectivo *decisum* nesse sentido (e-STJ, fls. 577-578):

Ora, a rescisão imotivada, sem a oferta de alternativa de custo e condições de cobertura compatíveis que possibilitem o prosseguimento regular do tratamento, sem sobressaltos ou alterações, importaria desvantagem exagerada ao consumidor, que é o destinatário final dos serviços previstos no contrato (CDC art. 51, IV e § 1º, incisos I a III), afrontando, ao mesmo tempo, a função social do contrato e a boa-fé objetiva, frustrando a confiança da consumidora no prosseguimento do atendimento com o qual contava e pelo qual sempre pagou.

Segundo consta, a operadora do plano cancelou unilateralmente o contrato sem oferecer outro plano individual ou familiar, dispensando novos prazos de carência e deixou os segurados entregues à própria sorte para procurar outra operadora. A rescisão unilateral e imotivada do contrato em discussão lesa diretamente os beneficiários, destinatários finais do plano de saúde oferecido pela requerida, acarretando-lhes prejuízos irreparáveis.

Além disso, quanto a aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao caso, o STJ já se pronunciou através da Súmula 469, que possui a seguinte redação: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos

contratos de plano de saúde". Portanto, não há dúvidas quanto à aplicabilidade do CDC ao presente caso.

No mais, a discussão prende-se à inteligência do artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98, que estabelece a impossibilidade de os contratos individuais serem rescindidos unilateralmente. É que uma leitura mais apressada desse dispositivo poderia levar à conclusão de que os contratos coletivos poderiam ser rescindidos unilateralmente, já que a lei faz ressalva apenas aos contratos individuais.

Não é possível, dentro do microsistema do Código de Defesa do Consumidor, fazer-se uma interpretação restritiva ao consumidor, sob pena de grave violação ao sistema protetivo que inegavelmente integra as relações de consumo em benefício da parte hipossuficiente. Não se pode deixar de ter em conta que a rescisão unilateral de contrato de adesão de plano de saúde lesa direitos dos associados, contrariando princípios consagrados nas normas de defesa do consumidor, podendo trazer-lhes prejuízos irreparáveis.

Nesse íterim, não se pode diferenciar os contratos individuais dos coletivos, na medida em que, em última análise, estes também se destinam ao consumidor individual e, por isso, a diferenciação de disciplina implicaria em dar tratamento diferente para situações iguais.

(...)

Assim, dado o seu caráter fundamental de garantir adequado tratamento médico ao usuário não é permissível à seguradora simplesmente interromper o contrato. Um contrato não pode prever a preponderância da vontade de um único contratante, até porque as regras ditadas pela ré contrariam o bem comum e a boa-fé objetiva, colocando o contratante do plano em condição de total fragilidade contratual.

Ademais, não se afirma dever ser o contrato perpétuo. Se há desequilíbrio, o dever de cooperação inerente à boa-fé objetiva recomenda a busca consensual do reequilíbrio. Inviável a revisão consensual, se admite a rescisão extrajudicial por denúncia motivada, acompanhada de planilhas demonstrativas da perda do sinalagma.

Portanto, em que pese o entendimento contrário, tem-se que o que não se admite, quer em planos familiares, quer em planos coletivos, é a denúncia unilateral e imotivada, violando a confiança na segurança do porvir, inerente aos contratos relacionais.

O posicionamento adotado pelo Tribunal de origem, contudo, diverge da jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, a qual proclama ser perfeitamente possível a rescisão unilateral e imotivada de contrato coletivo de plano de saúde, desde

que cumprido o prazo de vigência de 12 (doze) meses, bem como haja notificação prévia do contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, uma vez que o art. 13, inciso II, da Lei 9.656/1998 incide tão somente nos contratos individuais ou familiares.

Nesse sentido, confirmam-se precedentes de ambas as Turmas integrantes da Segunda Seção desta Corte:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO, OBSCURIDADE. NÃO INDICAÇÃO. SÚMULA 284/STF. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 568/STJ.

1. Ação cominatória, fundada na abusividade da rescisão imotivada do contrato de plano de saúde.

2. A ausência de expressa indicação de obscuridade, omissão ou contradição nas razões recursais enseja o não conhecimento do recurso especial.

3. É possível a resilição unilateral do contrato coletivo de plano de saúde imotivadamente, após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte (60 dias), uma vez que a norma inserta no art. 13, II, "b", parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares.

Ante o entendimento dominante do tema nas Turmas de Direito Privado, aplica-se, no particular, a Súmula 568/STJ.

4. Agravo Interno no agravo em recuso especial não provido.

(AgInt no AREsp 1.417.015/SP, Relatora a Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, DJe de 22/5/2019 - sem grifo no original)

RECURSO ESPECIAL. CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE COM MENOS DE TRINTA USUÁRIOS. NÃO RENOVAÇÃO. NECESSIDADE DE MOTIVO IDÔNEO. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS. LEI 9.656/98. RESOLUÇÃO ANS 195/2009 e RESOLUÇÃO ANS 309/2012. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL.

1. O artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98, que veda a resilição unilateral dos contratos de plano de saúde, não se aplica às modalidades coletivas, tendo incidência apenas nas espécies individuais ou familiares. Precedentes das Turmas da Segunda Seção do STJ.

2. A regulamentação dos planos coletivos empresariais (Lei nº 9.656/98, art. 16, VII) distingue aqueles com menos de trinta usuários, cujas bases atuariais se assemelham às dos planos individuais e familiares, impondo sejam agrupados com a finalidade de diluição do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado em cada um deles (Resoluções 195/2009 e 309/2012 da ANS).

3. Nesses tipos de contrato, em vista da vulnerabilidade da empresa estipulante, dotada de escasso poder de barganha, não se admite a simples rescisão unilateral pela operadora de plano de saúde, havendo necessidade de motivação idônea. Precedente da Terceira Turma (RESP 1.553.013/SP, Relator Ministro Ricardo Villas

Bôas Cueva, DJ 20.3.2018).

4. Para a caracterização do dissídio jurisprudencial, é necessária a demonstração da similitude fática e da divergência na interpretação do direito entre os acórdãos confrontados.

5. Recurso especial parcialmente conhecido, ao qual se nega provimento.

(REsp 1.776.047/SP, Relatora a Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, DJe de 25/4/2019 - sem grifo no original)

Na hipótese dos autos, foi firmado entre as partes contrato coletivo de plano de saúde, abrangendo 203 (duzentos e três) beneficiários, conforme informou a própria autora/recorrida, sendo possível, portanto, a rescisão unilateral e imotivada por parte da recorrente Bradesco Saúde S/A, razão pela qual impõe-se a reforma do acórdão recorrido nesse ponto.

4. Particularidade do caso concreto - beneficiários em pleno tratamento médico

O presente caso, contudo, guarda particularidade que comporta temperamento na aplicação da jurisprudência acima colacionada.

É que, conforme se verifica dos autos, há ao menos dois beneficiários do referido plano de saúde em pleno tratamento médico.

De fato, consta da sentença que a beneficiária Maria Germano Campos foi diagnosticada com câncer na mama esquerda (*carcinoma ductal in situ*), sendo prescrito pelo médico tratamento cirúrgico, com expectativa de posterior prescrição de radioterapia complementar, além do beneficiário Carlos Santana, que se encontra em tratamento clínico de fratura de costelas, em razão de acidente.

Tal o quadro delineado, embora seja possível a rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo, deve ser resguardado o direito daqueles beneficiários que estejam em meio a tratamento médico, observando-se, assim, os princípios da boa-fé, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana.

Com efeito, a liberdade de contratar não é absoluta, devendo ser exercida nos limites e em razão da função social dos contratos, notadamente em casos como o presente, cujos bens protegidos são a saúde e a vida dos beneficiários, os quais se

Superior Tribunal de Justiça

sobrepõem a quaisquer outros de natureza eminentemente contratual, impondo-se a manutenção do vínculo contratual entre as partes até que os referidos beneficiários encerrem o respectivo tratamento médico.

Nessa linha de entendimento, dispõe o Enunciado n. 23 da I Jornada de Direito Civil do Conselho da Justiça Federal - CJF:

A função social do contrato, prevista no art. 421 do novo Código Civil, não elimina o princípio da autonomia contratual, mas atenua ou reduz o alcance desse princípio quando presentes interesses metaindividuais ou interesse individual relativo à dignidade da pessoa humana.

A propósito, esse foi o entendimento do Juízo de primeiro grau que, ao proferir a sentença, julgou parcialmente procedente o pedido, condenando "a ré à obrigação de fazer consistente na manutenção do contrato e da cobertura médico-hospitalar nas mesmas condições de cobertura assistencial e preços vigentes no contrato coletivo, sem carência ou cobertura parcial temporária, para os beneficiários Maria Germano Campos e Carlos Santana, até suas respectivas altas hospitalares, sob pena de multa diária de R\$ 10.000,00, limitada, por ora, a R\$ 400.000,00" (e-STJ, fl. 440).

Vale destacar, ademais, que a própria Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998) protege os beneficiários que estejam internados ou em tratamento médico na hipótese de encerramento das atividades da operadora privada de assistência à saúde, conforme se verifica do art. 8º, § 3º, alínea "b", que assim dispõe:

Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

(...)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.

Como visto, um dos requisitos obrigatórios para o encerramento das atividades das operadoras de plano de saúde é a garantia de continuidade dos serviços prestados para os beneficiários que estiverem internados ou em tratamento médico, evidenciando o escopo da norma em não desamparar essas pessoas, em virtude da magnitude dos bens jurídicos protegidos pela lei de regência, como já ressaltado.

Assim sendo, tomando como base uma interpretação sistemática e teleológica da referida lei, em observância aos princípios da boa-fé, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana, é de se concluir que o referido dispositivo legal - art. 8º, § 3º, "b", da Lei n. 9.656/1998 -, que garante a continuidade da prestação de serviços de saúde aos beneficiários internados ou em tratamento médico, deverá ser observado não só nos casos de encerramento das atividades da operadora de assistência à saúde, mas também quando houver resilição unilateral do plano de saúde coletivo, como ocorrido na espécie.

Em conclusão, revela-se possível a resilição unilateral e imotivada de contrato coletivo de plano de saúde, desde que cumprido o prazo de vigência de 12 (doze) meses, bem como haja notificação prévia do contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se, ainda, a continuidade do vínculo contratual, nos mesmos moldes estabelecidos, aos beneficiários que estiverem internados ou em tratamento médico, até a respectiva alta hospitalar.

Ante o exposto, dou parcial provimento ao recurso especial para restabelecer integralmente a sentença.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2019/0159700-8

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.818.495 / SP

Número Origem: 10689406420188260100

PAUTA: 08/10/2019

JULGADO: 08/10/2019

Relator

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **PAULO EDUARDO BUENO**

Secretário

Bel. **WALFLAN TAVARES DE ARAUJO**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : BRADESCO SAUDE S/A

ADVOGADOS : SERGIO BERMUDES E OUTRO(S) - RJ017587

ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825

RECORRIDO : MEGATRANZ TRANSPORTES LTDA

ADVOGADOS : LUCIANO CORREIA BUENO BRANDÃO E OUTRO(S) - SP236093

LUIZ AUGUSTO VIEIRA DE CAMPOS - SP289003

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

CERTIDÃO

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

A Terceira Turma, por unanimidade, deu parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro (Presidente), Nancy Andrighi, Paulo de Tarso Sanseverino e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.