Do entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo quanto à manutenção dos dependentes do titular falecido nos planos de saúde coletivos

El entendimiento del Tribunal de Justicia de São Paulo sobre el mantenimiento de dependientes del titular fallecido en planes colectivos de salud

The understanding of the Court of Justice of São Paulo regarding the maintenance of dependents of the deceased holder in collective health plans

Fernanda Christina Parisi Sedeh Padilha Navarro e Paiva[1]
Mestre, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-5355-9986

Luciano Pereira de Souza[2]
Doutor, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9634-4064

RESUMO: Conforme entendimento sumulado da ANS (Súmula 13/2010) o falecimento do titular de plano de saúde individual/familiar não extingue o contrato, sendo direito dos beneficiários dependentes a manutenção do plano nos termos contratados e desde que assumidas as obrigações contratuais. Tal direito aplica-se inclusive após o decurso do prazo da cláusula de remissão. Devido a referida súmula ser expressa em relação aos planos individuais/familiares, as operadoras não concedem o direito de permanência aos beneficiários dependentes (de titulares falecidos) de planos de saúde coletivos, empresarial ou por adesão, precisando tais usuários se socorrerem do judiciário. O presente trabalho objetivou verificar o entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo mediante pesquisa com método exploratório descritivo e indutivo para a coleta dos dados e análise dos acórdãos, bem como pesquisa bibliográfica e documental, empregando-se o raciocínio lógico para interpretar as fontes normativas e doutrinárias. Foram analisados 38 (trinta e oito) acórdãos proferidos entre os anos de 2012 e 2024. Em apenas 7 (sete) dos casos o Tribunal negou o direito de manutenção aos beneficiários, sendo estes entendimentos proferidos antes de 2014, por inexistir fundamento legal para tanto. O único julgado que negou a manutenção após 2014, utilizou como justificativa o Tema 989 do STJ. Os 31 (trinta) e um julgados que concederam a manutenção utilizaram-se, por analogia, da Súmula 13 da ANS, dos princípios consumeristas e de outras legislações protetivas como o Estatuto do Idoso. Em nosso entender, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo está permitindo tratamento digno e isonômico aos consumidores, mesmo porque haverá continuidade do pagamento do plano pelo próprio beneficiário, inexistindo qualquer óbice ao prosseguimento da contratação.

PALAVRAS-CHAVES: Planos de Saúde; Remissão; Óbito do Titular

---

[1] Advogada, Mestre em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília (UNISANTA), Santos/SP. Especialista em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra/PT. Especialista em Direito Ambiental pelas Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU – São Paulo/SP. Especialista em Processo Civil e Direito Médico e Hospitalar pela Escola Paulista de Direito – EPD – São Paulo/SP. Vice-Presidente da Comissão de Direito da Médico e Odontológico da OAB – Campinas/SP. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8111900001812347. E-mail: fernanda@sedehpadilha.adv.br.

[2] Assessor no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). Bacharelado e Licenciatura Plena em Ciências Biológicas (USP) e Bacharelado em Direito (USP), Mestre em Direito (USP). Doutor em Direito Ambiental Internacional (Unisantos). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Lattes: http://lattes.cnpq.br/4540280104164070. E-mail: proflucianosouza@unisanta.br.

10.5281/zenodo.14503047

RESUMEN: *Según el entendimiento sumario de la ANS (Resumen 13/2010), el fallecimiento del titular de un plan de salud individual/familiar no pone fin al contrato, y los beneficiarios dependientes tienen derecho a mantener el plan en los términos contratados y durante el tiempo a medida que se asumen obligaciones contractuales. Este derecho se aplica incluso después de la expiración del período de la cláusula de remisión. Debido a que el resumen antes mencionado se expresa en relación con planes individuales/familiares, los operadores no otorgan el derecho de permanencia a los beneficiarios dependientes (de titulares fallecidos) de planes de salud colectivos, corporativos o de membresía, exigiendo que dichos usuarios recurran a la ayuda judicial. El presente trabajo tuvo como objetivo verificar la comprensión del Tribunal de Justicia de São Paulo a través de investigación con método exploratorio, descriptivo e inductivo para la recolección de datos y análisis de sentencias, así como investigación bibliográfica y documental, utilizando razonamiento lógico para interpretar las fuentes normativas. y doctrinal. Se analizaron 38 (treinta y ocho) sentencias dictadas entre 2012 y 2024. En sólo 7 (siete) de los casos la Corte negó a los beneficiarios el derecho a alimentos, entendiéndose estos entendimientos antes de 2014, al no existir fundamento jurídico para ello. haciéndolo. . El único juez que denegó la pensión alimenticia después de 2014 utilizó como justificación el Tema 989 del STJ. Las 31 (treinta) y una sentencias que concedieron alimentos utilizaron, por analogía, el Resumen ANS 13, principios consumistas y otras legislaciones protectoras como el Estatuto de las Personas Mayores. En nuestra opinión, el Tribunal de Justicia del Estado de São Paulo está permitiendo un trato digno e igualitario a los consumidores, incluso porque el pago del plan continuará por parte del propio beneficiario, sin ningún obstáculo para la continuación del contrato.*

PALABRAS CLAVE: *Planes de Salud; Remisión; Muerte del Titular*

ABSTRACT: *According to the summary understanding of the ANS (Summary 13/2010), the death of the holder of an individual/family health plan does not terminate the contract, and the dependent beneficiaries are entitled to maintain the plan under the contracted terms and as long as contractual obligations are assumed. This right applies even after the expiry of the remission clause period. Because the aforementioned summary is expressed in relation to individual/family plans, operators do not grant the right of permanence to dependent beneficiaries (of deceased holders) of collective, corporate or membership health plans, requiring such users to seek help from the judiciary. The present work aimed to verify the understanding of the Court of Justice of São Paulo through research with an exploratory, descriptive and inductive method for data collection and analysis of rulings, as well as bibliographic and documentary research, using logical reasoning to interpret the sources normative and doctrinal. 38 (thirty-eight) judgments handed down between 2012 and 2024 were analyzed. In only 7 (seven) of the cases did the Court deny the beneficiaries the right to maintenance, these understandings being given before 2014, as there was no legal basis for doing so. The only judge that denied maintenance after 2014 used STJ Theme 989 as justification. The 31 (thirty) and one judgments that granted maintenance used, by analogy, ANS Summary 13, consumerist principles and other protective legislation such as the Statute of the Elderly. In our opinion, the Court of Justice of the State of São Paulo is allowing dignified and equal treatment for consumers, even because there will be continued payment of the plan by the beneficiary himself, without any obstacle to the continuation of the contract.*

KEYWORDS: *Health Plans; Remission; Death of the Holder*

INTRODUÇÃO

O falecimento do titular do plano de saúde sempre gera insegurança aos seus dependentes. As operadoras de planos de saúde, especialmente com base na Súmula Normativa ANS nº 13/2010 e em outros dispositivos regulamentares, entendem que os dependentes de titular falecido têm o direito de permanecer no contrato, após o prazo de remissão, assumindo a integralidade dos prêmios mensais.

Ocorre que esta permanência se aplica somente aos planos de saúde individuais ou familiares. Em relação aos planos coletivos, empresariais e por adesão, os dependentes

10.5281/zenodo.14503047

do titular falecido, após o prazo de remissão, costumam ser excluídos do plano, sem poderem exercer a faculdade de continuar no contrato ainda que demonstrem querer assumir o pagamento dos prêmios mensais. Para subsidiar a rescisão, as operadoras alegam que os beneficiários não possuem os requisitos de elegibilidade, notadamente por não terem vínculo empregatício/estatutário ou associativo com a empresa contratante.

Em decorrência deste tratamento diferenciado aos beneficiários dependentes, muitos usuários têm recorrido ao Judiciário para ver reconhecido o direito de permanência no plano. Assim sendo, objetiva-se com o presente estudo verificar o entendimento do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e os fundamentos declarados nos acórdãos, para conceder ou negar o pedido de manutenção dos dependentes no contrato, após o prazo da cláusula de remissão.

Para o presente trabalho utilizou-se o método exploratório descritivo, com a coleta de dados no sítio eletrônico de pesquisa avançada de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consulta) e pesquisa bibliográfica e documental, empregando-se o raciocínio lógico para interpretar as fontes normativas, jurisprudenciais e doutrinárias. Utilizou-se também o método indutivo para a análise dos acórdãos do TJ/SP (amostra com 38 acórdãos), buscando revelar os entendimentos contidos nos julgados.

A pesquisa, no mencionado endereço eletrônico, se deu no campo específico da "ementa", através da combinação dos verbetes "plano de saúde", "coletivo", "remissão", "permanência" e "dependentes". Foram selecionados apenas os recursos de "apelação cível" e "apelação/remessa necessária" no campo "classe". No campo "origem" selecionou-se penas os julgados de "2º grau" e apenas "acórdãos" no campo "tipo de publicação", ordenando-se os acórdãos em ordem cronológica de "data da publicação".

1 DOS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS, FAMILIARES E COLETIVOS

Nos termos do artigo 16, inciso VII da Lei Federal nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, os planos podem ser comercializados das seguintes formas: (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial ou (iii) coletivo por adesão. Necessário pontuar que o tipo de contratação (individual ou coletiva) não se confunde com os tipos de planos e segmentações ofertados (plano-referência, ambulatorial, hospitalar e odontológico) que podem ser contratados individualmente ou combinados.

Pois bem, em relação às formas de contratação, a Resolução Normativa ANS nº 557, que dispõe sobre a classificação e contratação dos planos privados de assistência à saúde, estabelece que o plano individual ou familiar é aquele que "oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar" (art. 3º da RN 557/2022 da ANS), ou seja, o consumidor, pessoa física, adere livremente a qualquer modalidade de plano ofertado no mercado pela operadora, podendo incluir seus familiares ou dependentes no contrato (BRASIL, 2022). A contratação, portanto, se dá diretamente entre o consumidor pessoa física e a operadora, sempre uma pessoa jurídica, por determinação legal (art. 1º, inc. II, da Lei nº 9656/98).

10.5281/zenodo.14503047

Em relação aos planos coletivos, temos que o plano coletivo empresarial é aquele que "oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária". Esta contratação pode abranger os sócios, administradores, demitidos e aposentados, temporários, agentes políticos, estagiários e menores aprendizes, (art. 5º da RN 557/2022 da ANS) (BRASIL, 2022).

O plano coletivo por adesão é aquele que "oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial" incluindo conselhos profissionais, sindicatos, associações profissionais e caixas de assistência e fundações de direito privado (art. 15 da RN 557/2022 da ANS), ou seja inclui uma massa delimitada de consumidores que mantem vínculo com as entidades listadas na norma (BRASIL, 2022).

Necessário esclarecer neste ponto que muitas contratações de planos coletivos empresariais se dão por meio de pequenas e médias empresas, ou mesmo microempresários individuais, tendo como beneficiários membros de um mesmo grupo familiar integrado pelo representante legal da estipulante do plano. Esses planos coletivos empresariais, apesar de ostentarem como contratante pessoa jurídica, que não se coloca como destinatária final do serviço, em razão da vulnerabilidade e das características que o aproximam dos planos familiares, embora não sejam, tem recebido do Poder Judiciário tratamento protetivo com base no Código de Defesa do Consumidor[3], por exemplo, em relação à rescisão contratual[4], diferenciando-se das contratações realizadas por empresas de maior porte em benefícios de seus empregados e colaboradores, por meio de relações tipicamente empresariais. Estes planos, denominados falsos coletivos ou coletivos atípicos pela jurisprudência, por não terem representatividade e sendo voltados para proteger os beneficiários de contratos com número reduzido de pessoas, também tem recebido da ANS regramentos diferenciados, por exemplo, aos reajustes (RN nº 565/2022), à carência (RN nº 195/2009). O assunto, entretanto, demanda a realização de estudo em apartado, valendo o registro de que os planos coletivos empresariais podem traduzir realidades bem distintas, apesar da qualificação comum.

Reitera-se, por fim, que independentemente do tipo de contratação, por se tratar de contrato de adesão, com partes desiguais, na qual o direito constitucional à Saúde é o objeto central, se faz imprescindível o tratamento diferenciado consumidores, com especial atenção aos princípios da função social do contrato e da boa-fé objetiva, que segundo Claudia Lima Marques, trata-se de um "parâmetro objetivo, genérico, que não está a depender da má-fé subjetiva do fornecedor A ou B, mas de um patamar geral de atuação, do homem médio", do qual surgem obrigações contratuais acessórias de cuidado,

[3] AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO COMINATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA.
(...) 2. Segundo a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é possível, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo ou empresarial, que possua número diminuto de participantes, como no caso, por apresentar natureza de contrato coletivo atípico, seja tratado como plano individual ou familiar, aplicando-se-lhe as normas do Código de Defesa do Consumidor.
3. Agravo interno desprovido.
(AgInt no REsp n. 1.880.442/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 2/5/2022, DJe de 6/5/2022.)

[4] Especificamente em relação à possibilidade de rescisão unilateral, o STJ firmou o entendimento de que: "é vedada à operadora de plano de saúde a rescisão unilateral imotivada dos contratos de planos coletivos empresariais com menos de trinta beneficiários" (STJ – REsp nº 1.776.047).

10.5281/zenodo.14503047

cooperação, esclarecimento, informação e reparação de eventuais danos, conforme disposto no Código de Defesa do Consumidor (Marques, 2016, e-book, n.p).

2 DA CLAUSULA DE REMISSÃO E DA MANUTENÇÃO DOS DEPENDENTES APÓS O FALECIMENTO DO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE

Em relação à manutenção dos dependentes após o falecimento do titular do plano de saúde, temos tratamentos diferenciados na legislação aplicáveis aos planos individuais/familiares e coletivos. Todavia, antes de adentrarmos nas especificidades, necessário esclarecer o que é a cláusula de remissão.

A cláusula de remissão estabelece a continuidade do atendimento aos dependentes, após a morte do titular, por períodos que variam de 1(um) a 5 (cinco) anos, sem a cobrança das mensalidades pactuadas e respectivos reajustes. O direito de remissão não está previsto em lei, somente se aplica aos contratos que tenham esta cláusula expressa e é um ato de indulgência que visa à proteção do núcleo familiar do titular falecido, que, em regra, detinha o poder econômico, assim, assegura-se, por certo período, a assistência médica e hospitalar à família do falecido para evitar um desamparo abrupto.

Em caso de morte do titular de plano individual/familiar, a ANS adota, desde 2010, o entendimento sumulado de que "o término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo". É o que dispõe expressamente a Súmula Normativa nº 13 de 3 de novembro de 2010 e a Resolução Normativa 557/2022, considerando os princípios Constitucionais da igualdade (art. 5º, caput), da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III), da liberdade (art. 5º, *caput*), da proteção da segurança jurídica e da proteção à entidade familiar (art. 226, § 4º) (BRASIL, 2010). Assim sendo, se o titular do plano individual/familiar falece, os beneficiários dependentes continuam cobertos contratualmente, após o período de remissão, desde que mantenham os pagamentos avençados.

Antes da edição da Súmula 13/2010 pela ANS, após o período de remissão, os contratos individuais e familiares podiam ser rescindidos unilateralmente pela Operadora conforme disposto no contrato, todavia, atualmente este direito de rescisão unilateral somente pode ser exercido em casos de fraude ou inadimplemento superior a sessenta dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência de contrato mediante prévia notificação, conforme inciso II do artigo 13 da Lei nº 9.656/1998.

Sendo assim, nos contratos com cláusula de remissão, o término do período em questão também não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, desde assumidas as obrigações decorrentes, especialmente as mensalidades e todos os reajustes aplicados no período, conforme regulamentações da ANS.

Isto porque, conforme elucida Luiz Antônio Rizatto Nunes, "os dependentes de um contrato familiar ou coletivo de plano privado de assistência à saúde são, à luz do art. 2º do CDC, tão consumidores quanto o titular, de modo que àqueles deve ser reservado

10.5281/zenodo.14503047

igual tratamento ao dispensado a este", ainda mais considerando "que os dependentes também geram receita, pois, assim como o titular, fazem parte do preço, sejam cobrados diretamente, sejam embutidos no valor pago por aquele" (Nunes, 2000). Compartilha desse entendimento, Claudia Lima Marques:

> Como não há contrato de plano de assistência privada à saúde não remunerado (Art. 3º, § 2º, do CDC), todos são remunerados por algum agente do mercado, os beneficiários, destinatários finais, os contratantes e as pessoas jurídicas, que se expõem ou intervém nestas relações de consumo como representantes ou em benefício de seus empregados, associados ou sindicalizados, acabam todos por ser considerados consumidores, segundo o CDC. Há, pois, que se considerar que estes "planos" operados por fornecedores, com intuito de lucro e com livre iniciativa permitida pela CF/1988 (art. 199), preenchem totalmente as características de relações de consumo, e os usuários são pessoas físicas, destinatários finais dos serviços, consumidores, pelo art. 2.º do CDC, de serviços remunerados prestados por fornecedores organizados em cadeia de fornecimento de serviços (art. 3.º, *caput* e § 2.º, do CDC). Se não contratantes, são estes usuários terceiros vítimas, terceiros expostos e representantes ou terceiros intervenientes, considerados todos consumidores equiparados (arts. 17, 29 e 2.º, parágrafo único, do CDC)" (Marques, 2016, e-book n.p).

Diferente do que ocorre nos contratos individuais/familiares, em caso de morte do titular de planos coletivos, empresariais ou por adesão, a manutenção dos beneficiários dependentes em caso de falecimento do titular é deveras diferente, posto que Sumula Normativa ANS nº 13/2010 e normativas subsequentes são explícitas e exclusivas aos planos individuais e familiares. Não obstante, existem requisitos de elegibilidade para os beneficiários notadamente: vínculo empregatício ou estatutário para os contratos coletivos empresariais e vínculo com pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para os contratos coletivos por adesão.

Nos planos coletivos empresariais, é óbvio que "a morte põe fim ao vínculo empregatício e a qualquer outro, de natureza jurídica – *mors omnia solvit* – que pudesse ligar o defunto à apólice coletiva empresarial de plano de saúde". Todavia, o direito dos herdeiros, beneficiários dependentes, "é assegurado por lei e tem substancial valor econômico-financeiro, visto que as carências já superadas pelos sucessores do morto representam significativa vantagem para quem pretenda manter-se filiado a algum plano privado de assistência à saúde" (Bottesini e Machado, 2003. p. 209). Daniel de Macedo Alves Pereira elucida que:

> (...) O direito de permanência reconhecido pela ANS, após o término do prazo de remissão, deve ser reconhecido ao dependente tanto no plano ou seguro privado de assistência à saúde individual como no coletivo com grupo familiar. (...) Ressalte-se, ainda, que não há que se falar sobre a impossibilidade técnica e/ou jurídica para aplicação desta medida, haja vista se tratar, simplesmente, de alteração de titularidade do contrato já existente entre as mesmas partes, mas na qual o titular faleceu e o dependente passará a figurar como titular. Ademais, não há que se falar em limitação temporal para a manutenção do contrato, com fundamento na disposição do art. 30, §§ 1º e 3º, da Lei n. 9.656/98, pois referido dispositivo legal é aplicável apenas aos casos de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, hipóteses que não se confundem com o óbito do titular. (Pereira, 2020, 432p)

10.5281/zenodo.14503047

Conforme se infere do artigo 30, parágrafos 1º, 2º e 3º da Lei nº 9.656/1998, em caso de morte do titular o direito de permanência é assegurado aos dependentes, já cobertos pelo plano ou seguro privado de assistência à saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial vigentes na época do falecimento, desde que assumam o pagamento integral do contrato. Esta cobertura aos dependentes deve ser garantida pelo período de um terço da permanência do titular no plano, observando-se o mínimo de 6 (seis) meses e no máximo de 24 (vinte e quatro) meses, mediante o pagamento da mensalidade ou prêmio (BRASIL,1998).

Após o final do período de permanência estabelecido na Lei ou após o prazo de remissão se houver estipulação contratual, o contrato pode ser rescindido, porém, nos termos da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 19/1999, a operadora de saúde deve notificar os beneficiários, facultando-lhes, no prazo de 30 (trinta) dias, a migração do plano coletivo para um plano individual ou familiar por ela ofertado, sem necessidade de cumprimento de novas carências[5] ou cobertura temporária parcial[6] (BRASIL, 1999). Caso a operadora não oferte no mercado de consumo planos individuais ou familiares, poderá ser feita a portabilidade extraordinária de carências[7], nos termos do artigo 8º, inciso I, da Resolução Normativa ANS nº 438/2018.

Em relação aos planos de saúde coletivos por adesão, a legislação e as normas administrativas são omissas em relação ao direito de permanência dos dependentes em caso de óbito do titular, todavia, o Superior Tribunal de Justiça vem entendendo pela possibilidade de aplicação das normas previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, aos casos em que a exclusão dos dependentes corresponderia, na prática, em impossibilidade de contratação de novo plano de saúde com as mesmas coberturas, especialmente para consumidores idosos e com doenças pré-existentes:

> "RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO. FALECIMENTO DO TITULAR. DEPENDENTE IDOSA. PRETENSÃO DE MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO. SÚMULA NORMATIVA 13/ANS. NÃO INCIDÊNCIA. ARTS. 30 E 31 DA LEI 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA DOS PRECEITOS LEGAIS. CONDIÇÃO DE CONSUMIDOR HIPERVULNERÁVEL. JULGAMENTO: CPC/15. 1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 27/11/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial,

[5] Carência é o tempo máximo que o beneficiário terá que esperar para ter a cobertura de determinado procedimento. Segundo a Resolução 438/2018 "é o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual as mensalidades são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano, conforme disposto no inciso V do artigo 12 da Lei n° 9656, de 1998". Por exemplo, após a contratação do plano de saúde o beneficiário terá que aguardar: (i) 24 (vinte e quatro) horas para ter cobertura de Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis); (ii) 180 (cento e oitenta) dias para consultas e procedimentos eletivos e (iii) 300 (trezentos) dias para partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional. (BRASIL, 2018)

[6] Nos termos da Resolução ANS nº 558/2022, Cobertura Parcial Temporária (CPT) é "aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal". (BRASIL, 2022)

[7] 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 3° da Resolução 438/2018 (BRASIL, 2018).

10.5281/zenodo.14503047

> interposto em 24/09/2019 e atribuído ao gabinete em 17/04/2020. 2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a manutenção de dependente em plano de saúde coletivo por adesão, após o falecimento do titular. 3. Há de ser considerado, à luz do disposto na Resolução ANS 195/2009, que, diferentemente dos planos privados de assistência à saúde individual ou familiar, que são de "livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar" (art. 3º), os planos de saúde coletivos são prestados à população delimitada, vinculada à pessoa jurídica, seja esse vínculo "por relação empregatícia ou estatutária" (art. 5º), como nos contratos empresariais, seja por relação "de caráter profissional, classista ou setorial" (art. 9º), como nos contratos por adesão. 4. É certo e relevante o fato de que a morte do titular do plano de saúde coletivo implica o rompimento do vínculo havido com a pessoa jurídica, vínculo esse cuja existência o ordenamento impõe como condição para a sua contratação, e essa circunstância, que não se verifica nos contratos familiares, impede a interpretação extensiva da súmula normativa 13/ANS para aplicá-la aos contratos coletivos. 5. Em se tratando de contratos coletivos por adesão, não há qualquer norma - legal ou administrativa - que regulamente a situação dos dependentes na hipótese de falecimento do titular; no entanto, seguindo as regras de hermenêutica jurídica, aplicam-se-lhes as regras dos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998, relativos aos contratos coletivos empresariais. 6. Na trilha dessa interpretação extensiva dos preceitos legais, conclui se que, falecendo o titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos arts. 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral. 7. E, em se tratando de dependente idoso, a interpretação das referidas normas há de ser feita sob as luzes do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) e sempre considerando a sua peculiar situação de consumidor hipervulnerável. 8. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários". (REsp 1871326/RS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/09/2020, DJe 09/09/2020) (destaque).

De acordo com o voto de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, "seguindo as regras de hermenêutica jurídica, onde há a mesma razão de ser, deve prevalecer a mesma razão de decidir (*ubi eadem legis ratio ibi eadem dispositio*), ou, onde há o mesmo fundamento haverá o mesmo direito (*ubi eadem ratio ibi idem jus*)", sendo possível concluir que "o dependente do titular falecido tem direito à manutenção do plano de saúde coletivo por adesão, observadas as regras dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998" (Andrighi, 2020).

Assim sendo, de forma resumida, temos que: (i) em relação aos planos individuais o contrato não se extingue após o óbito do titular nem após o período de remissão, sendo direito dos beneficiários dependentes a sua manutenção no plano contratado desde que arquem com as obrigações constantes do contrato firmado, leia-se: pagamento das mensalidades com os respectivos reajustes e (ii) em relação aos planos coletivos, empresariais ou por adesão, os beneficiários dependentes do titular falecido devem ser mantidos no plano por tempo indeterminado no caso do artigo 31 da Lei nº 9.656/98 ou ainda, pelo período de um terço da permanência do titular no plano, observando-se o mínimo de 6 (seis) meses e no máximo de 24 (vinte e quatro) meses no caso do artigo 30 da referida lei, mediante o pagamento da mensalidade/prêmio, podendo ser também estipulada cláusula de remissão. Após o término do prazo de permanência, no caso do artigo 30 da Lei nº 9656/98, o contrato poderá ser rescindido pela Operadora, todavia, esta deverá notificar o consumidor e ofertar a migração para um plano individual/familiar,

10.5281/zenodo.14503047

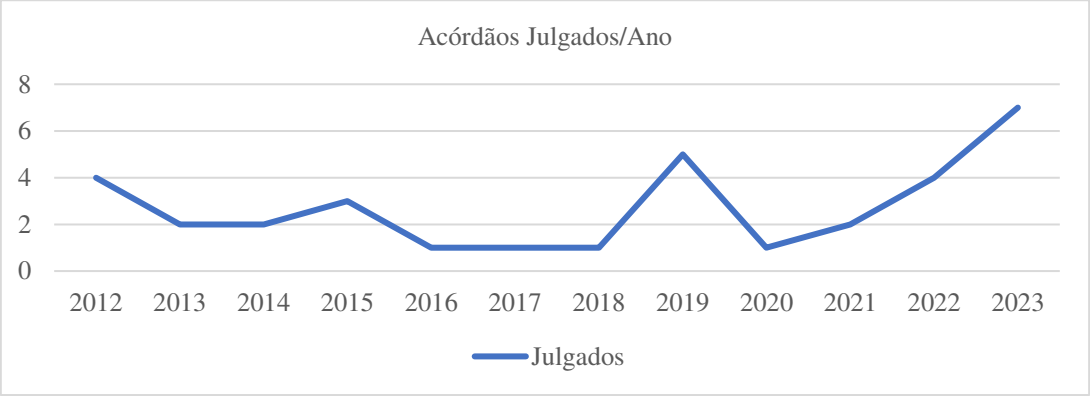
sem necessidade de cumprimento de carências ou cobertura parcial temporária (CTP), nos termos da Resolução CONSU 19/1999 ou, caso não disponha de plano individual/familiar em sua carteira comercial, deverá fornecer toda a documentação necessária para a portabilidade de carências, nos termos da Resolução ANS 438/2018.

3 DO ENTENDIMENTO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO QUANTO À MANUTENÇÃO DOS DEPENDENTES NOS PLANOS COLETIVOS

Conforme já mencionado, em decorrência deste tratamento diferenciado aos beneficiários dependentes de planos individuais/familiares e coletivos, objetiva-se verificar o entendimento do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e os fundamentos declarados nos acórdãos, para conceder ou negar o pedido de manutenção dos dependentes nos contratos coletivos, após o decurso do prazo de eventual cláusula de remissão ou do prazo legal de permanência estipulado no artigo 30 da Lei 9.656/1998.

A pesquisa, como já dito, utilizou o método exploratório descritivo, com a coleta de dados no sítio eletrônico de pesquisa avançada de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consulta), utilizando-se também o método indutivo para a análise dos acórdãos obtidos.

No mencionado endereço eletrônico, a pesquisa se deu no campo específico da "ementa", através da combinação dos verbetes: "plano de saúde", "coletivo", "remissão", "permanência" e "dependentes". Foram selecionados apenas os recursos de "apelação cível" e "apelação/remessa necessária" no campo "classe". No campo "origem" selecionou-se penas os julgados de "2º grau" e apenas "acórdãos" no campo "tipo de publicação", ordenando-se os acórdãos em ordem cronológica de "data da publicação". Foram obtidos um total de 38 acórdãos, julgados entre os anos de 2012 e 2024, conforme gráfico abaixo:



Dos 38(trinta e oito) julgados analisados, 15 (quinze) acórdãos referiam-se a contrato coletivo empresarial e 23 (vinte e três) a contrato coletivo por adesão, sendo aplicado nos casos julgados o mesmo entendimento do STJ, qual seja, os contratos equiparam-se, para fins de direito de permanência dos beneficiários dependentes, destacando-se o entendimento exarado pelo desembargador Elcio Trujillo no recurso de apelação nº1013163-31.2022.8.26.0011:

10.5281/zenodo.14503047

> Na hipótese de morte do titular, a Súmula Normativa nº 13 da ANS é expressa ao assegurar aos beneficiários que figuram como dependentes em planos familiares o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das respectivas obrigações. E os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 também são expressos ao assegurarem aos beneficiários que figuram como dependentes em planos coletivos empresariais o direito de permanência em caso de morte do titular. Apesar de não haver previsão normativa garantindo expressamente o mesmo direito aos beneficiários dos planos coletivos por adesão, não se apresenta razoável que apenas estes fiquem excluídos dessa proteção, por não haver justificativa para tratamento diferenciado. Portanto, de rigor que, em respeito ao princípio da isonomia, na hipótese de falecimento do titular seja assegurado aos dependentes de planos coletivos por adesão a manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das respectivas obrigações. (destaques)

Apenas em 2 (dois) casos houve pedido cumulado de indenização por danos morais decorrentes da rescisão contratual pela operadora após o prazo de remissão, sendo um dos pleitos indenizatórios julgado procedente. Para o desembargador Alexandre Marcondes "o dano moral, na espécie, decorre da própria infração contratual, dispensando específica comprovação, sendo considerado *in re ipsa*" (Apelação nº 1008348-88.2016.8.26.0564). Contrariamente, para o desembargador Nilton Santos Oliveira "o inadimplemento contratual, por si só, não acarreta ofensa à honra ou à reputação passível de indenização" (Apelação nº 1121371-12.2017.8.26.0100).

Em relação ao direito de permanência, dos 38 (trinta e oito) julgados, o direito à permanência aos beneficiários dependentes, em caso de morte do titular, após o período de permanência ou término da cláusula de remissão foi reconhecido em 31 dos julgados sob os argumentos principais de que: (i) o direito de permanência independente da modalidade de contratação do plano (individual, familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão); (ii) aplica-se a todos os contratos de plano de saúde, com exceção dos ofertados por entidades de autogestão, o Código de Defesa do Consumidor e neste cenário, devem ser observados os princípios da boa-fé e equidade, função social do contrato e vulnerabilidade do consumidor, sendo certo que a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde, além de afrontar tais princípios, constitui desvantagem exagerada aos consumidores dependentes, nos termos do artigo 51, IV, do diploma consumerista; (iii) os contratos de saúde são contratos permanentes por sua própria natureza, passíveis de rescisão unilateral pela seguradora apenas nos casos de inadimplemento ou fraude; (iv) aplica-se por analogia a Súmula Normativa ANS nº 13/2010, aos contratos coletivos, visto que não se pode desamparar o consumidor independentemente do tipo de contratação firmada. Destaca-se, neste cenário, entendimento exarado pelo Desembargador Ênio Zuliani quando da publicação da Lei nº 9.656/1998:

> Não parece ajustado concluir que a lei nova excluiu das regras básicas de proteção do consumidor (em geral) um determinado tipo de contrato (empresarial), porque no fundo o destinatário final do contrato é sempre o ser humano, dono da vida que necessita de saúde resguardada. Uma abertura desse nível, sem freios, além de ingênua é perigosa ao sistema porque proporciona uma válvula de escape capaz de implodir a estrutura da norma que visou nivelar os direitos e obrigações dessa categoria de contratos (TJSP - AI n° 117.174-4/6 - Rel. Des. Ênio Santarelh Zuliani - j.29 06.99).

10.5281/zenodo.14503047

Em 7 (sete) casos, além das questões consumeristas utilizadas para a manutenção do contrato após o prazo de remissão ou permanência, houve menção expressa na fundamentação do julgado, aos direitos dos idosos. Conforme elucidou o desembargador Fábio Podestá, no julgamento da Apelação nº 0017878-08.2012.8.26.0554, dada a renovação automática prevista em lei, o consumidor tem uma expectativa de continuidade da relação, criando uma certa dependência, "já que quanto maior o decurso do tempo, maior a idade do segurado e menores as chances de vir a contratar outro plano em condições equiparadas". Neste sentido, elucida ainda que:

> Se o contrato visa à preservação da vida e da saúde através da prestação de assistência e se tem características comuns com o seguro, consubstanciadas nos cálculos atuariais que relacionam o pagamento de prêmios com o índice de sinistros, não é de se esperar que um segurado, quer na posição de contratante, quer na posição de beneficiário, seja simplesmente excluído do grupo, para que procure à própria sorte um plano individual, que certamente terá valor aviltante.

Em relação aos 7 (sete) casos em que houve a negativa de manutenção do plano, temos um acórdão proferido em 2020 e os demais nos anos de 2012 a 2014. O Acórdão proferido em 2020, sob a relatoria da desembargadora Maria Salete Corrêa Dias negou a manutenção da beneficiária dependente aplicando-se a tese fixada do Tema 989 do STJ. Segundo a relatora, o pleito de manutenção da beneficiária dependente após o prazo de remissão poderia ser apreciado, desde que preenchido também o requisito de contribuição efetiva do titular para o plano, que não ocorreu no caso *sub judice* posto que a empregadora custeava integralmente o plano ofertado.

> "RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EX-EMPREGADO APOSENTADO OU DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. ASSISTÊNCIA MÉDICA. MANUTENÇÃO. ARTS. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998. REQUISITOS NÃO PREENCHIDOS. CONTRIBUIÇÃO EXCLUSIVA DO EMPREGADOR. VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO. COPARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO. IRRELEVÂNCIA. FATOR DE MODERAÇÃO. DESCARACTERIZAÇÃO. SALÁRIO INDIRETO. 1. Tese para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição apenas de coparticipação, o pagamento tampouco enquadrando como salário indireto. se 2. No caso concreto, recurso especial provido." (STJ - SEGUNDA SEÇÃO, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 22.8.18, Data da Publicação: 24.08.2018)

Nos demais acórdãos, proferidos entre os anos de 2012 e 2014, os desembargadores indeferiram o pedido de manutenção dos beneficiários sob o argumento de que inexistia base legal para a manutenção destes após o esgotamento do período de remissão. A ementa do recurso de Apelação nº 0031775-37.2012.8.26.0576 de relatoria do desembargador Francisco Loureiro, resume bem os argumentos:

> PLANO COLETIVO DE SAÚDE - Autora que era dependente de seu falecido esposo em plano de saúde coletivo estipulado por órgão de classe - Falecimento do esposo da autora que rompe o vínculo da requerente com a

10.5281/zenodo.14503047

> estipulante e a operadora de seguro saúde - Cláusula de remissão - Direito de permanência da autora, por cinco anos, sem qualquer custo, no contrato de plano de saúde coletivo - Período de remissão esgotado - Inexistência de base jurídica para determinação de permanência da requerente indefinidamente no seguro - Súmula Normativa n. 13 da ANS que se aplica apenas a contratos familiares - Impossibilidade, ainda, de permanência no contrato por dois anos, nos termos do art. 30 da Lei n. 9.656/98, vez que tal dispositivo apenas se aplica à relação de emprego - Ação improcedente - Recurso improvido. (TJSP; Apelação Cível 0031775-37.2012.8.26.0576; Relator (a): Francisco Loureiro; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José do Rio Preto - 1ª. Vara Cível; Data do Julgamento: 25/07/2013; Data de Registro: 26/07/2013).

Frisa-se, por fim, que por se tratar de análise de acórdãos, proferidos em segundo grau de jurisdição, estes julgados não refletem necessariamente o número de ações ajuizadas, especialmente considerando que os filtros aplicados na pesquisa das ementas limitam os julgados pela presença dos verbetes específicos.

CONCLUSÃO

O contrato de plano de saúde possui uma função social muito específica, quando consideramos que seu objeto principal é a assistência à saúde, não se podendo admitir que entre o direito à saúde do consumidor beneficiário e o interesse econômico da operadora de planos de saúde, este venha prevalecer[8].

Sendo assim, em nosso entender, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo ao aplicar por analogia a Súmula Normativa ANS 13/2010 a todos os contratos de plano de saúde, independentemente do tipo de contratação (individual, familiar, coletivo empresarial ou por adesão) e conceder o direito de permanência aos beneficiários dependentes do titular falecido, após o término da cláusula de remissão, está permitindo um tratamento digno e isonômico aos consumidores, mesmo porque haverá continuidade do pagamento do plano pelo próprio beneficiário, inexistindo qualquer óbice ao prosseguimento da contratação.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm. Acesso em 06 de agosto de 2024.

BRASIL, Resolução Normativa ANS nº 557, de 14 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde. Disponível em:

[8] Na balança entre o valor saúde e vida do consumidor e os direitos patrimoniais (contratuais) do fornecedor, que escolheu o consumidor como seu parceiro, deve prevalecer o primeiro, como impõe o princípio da boa-fé objetiva e os princípios constitucionais de defesa do consumidor. (MARQUES, 2016, n.p)

10.5281/zenodo.14503047

https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==. Acesso em 06 de agosto de 2024.

BRASIL, Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 19 de 25 de março de 1999. 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. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg3. Acesso em 06 de agosto de 2024.

BRASIL, Resolução Normativa ANS nº 438, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN n° 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN n° 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1NA==. Acesso em 06 de agosto de 2024.

BRASIL, Resolução Normativa ANS nº 558, de 14 de dezembro de 2022. Dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0558_30_12_2022.html. Acesso em 06 de agosto de 2024.

BRASIL, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em 07 de agosto de 2024.

BOTTESINI. Maury Ângelo e MACHADO. Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde: comentada e anotada artigo por artigo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 209-219

GREGORI. Maria Stella. **Planos de Saúde: a ótica da proteção do consumidor**. 4 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. 224 p. ISBN 978-85-5321-375-7

MARQUES, Claudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais.** 2. ed. em e-book baseada na 8. ed. Impressa. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016. n.p. ISBN 978-85-203-6641-7.

10.5281/zenodo.14503047

MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor**. 6. ed. em e-book baseada na 8. ed. impressa. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. e-book, n.p. ISBN 978-85-5321-965-0

NUNES. Luiz Antônio Rizzatto, **Comentários à lei de plano e seguro-saúde**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 53.

PEREIRA, Daniel de Macedo Alves. **Planos de saúde e a tutela judicial de direitos: teoria e prática**, São Paulo: Saraiva Educação, 2020, 432p, e-book.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

PAIVA, Fernanda Christina Parisi Sedeh Padilha Navarro e; SOUZA, Luciano Pereira de. Do entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo quanto à manutenção dos dependentes do titular falecido nos planos de saúde coletivos. **UNISANTA Law and Social Science**, Vol. 13, N. 2 (jul./dez. 2024), pp. 308-321. ISSN: 2317-1308.

Recebido em 11/10/2024
Aprovado em 29/10/2024

CC BY

10.5281/zenodo.14503047