

**TJDFT**

Poder Judiciário da União

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Órgão</b>                  | 6ª Turma Cível                           |
| <b>Processo N.</b>            | APELAÇÃO CÍVEL 0716150-84.2021.8.07.0009 |
| <b>APELANTE(S)</b>            | BRADESCO SAUDE S/A                       |
| <b>REPRESENTANTE LEGAL(S)</b> | JUCIENE DA SILVA DOS REIS                |
| <b>APELADO(S)</b>             | E. H. S. F.                              |
| <b>Relator</b>                | Desembargador ALFEU MACHADO              |
| <b>Acórdão Nº</b>             | 1647054                                  |

## EMENTA

**PROCESSO CIVIL. CONSUMIDOR. RECURSO DE APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. BRADESCO. DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA. DIREITO DE MANUTENÇÃO TEMPORÁRIA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO PLANO. ART. 30 DA LEI Nº 9.656/98. CONTRIBUIÇÃO DA MENSALIDADE DE DEPENDENTE. ASSUNÇÃO DO PAGAMENTO INTEGRAL DO PLANO. REQUISITOS PREENCHIDOS. DOENÇA GRAVE DA BENEFICIÁRIA. PERMANÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE ENQUANTO NECESSÁRIO O TRATAMENTO MÉDICO. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. ART. 35-C. MANUTENÇÃO DA VIDA E INCOLUMIDADE FÍSICA. APELAÇÃO DESPROVIDA. SENTENÇA MANTIDA.**

1. Aplicável o CDC ao caso em testilha, consoante entendimento cristalizado no enunciado 608 da Súmula do STJ.

2. O legislador criou proteção ao beneficiário de plano coletivo empresarial que contribuía para o plano de saúde e tem a relação empregatícia imotivadamente rompida com a empresa estipulante, a fim de que mantenha, temporariamente, as condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral (Lei nº 9.656/98, art. 30, *caput*). A prorrogação do período de permanência estende-se ao grupo familiar beneficiário (art. 30, § 2º), incluindo nos casos de morte do titular (art. 30, § 3º).

2.1. A legislação de referência (Lei 9.656/98, art. 30, § 6º e RN nº 279/2011, recentemente revogada pela RN 488/2022 da ANS) prevê que, a fim de averiguar os requisitos para a prorrogação do plano de saúde custeado integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar, nada tendo disposto, contudo, quanto ao fato de tal contribuição ser exigida tão somente dos dependentes do beneficiário titular.

2.2. No caso, a parte autora recorrida pretende permanecer como beneficiária do plano de saúde que usufruía como dependente de sua mãe, então titular do convênio médico coletivo empresarial, após o rompimento do vínculo empregatício de sua responsável legal, ocorrido em 3/11/2021. A titular do plano de saúde coletivo empresarial arcava somente com coparticipação nos serviços de saúde que fazia uso, lado outro, é fato incontroverso que a mãe da criança apelada contribuía, todos os meses, com valor fixo relativo às mensalidades do plano assistencial de saúde de sua filha, beneficiária dependente.

2.3. Dessa maneira, inexistindo previsão normativa de que a contribuição deva ser do beneficiário titular do plano, deve-se privilegiar a interpretação ampliativa da norma, mais favorável ao consumidor, mantendo-se a determinação de permanência da parte recorrida no plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho de sua genitora, com assunção do pagamento integral da mensalidade pela apelada, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, a contar do término da relação trabalhista (art. 30, § 1º).

3. O STJ, no julgamento dos REsp 1842751/RS e REsp 1846123/SP, pela sistemática do recurso repetitivo (Tema 1.082), firmou a seguinte Tese: “[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”, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea “b”, e 35-C, I e II, da Lei n. 9.656/1998, além de regramentos da ANS.

3.1. A beneficiária, atualmente com 2 (dois) anos de idade, possui Síndrome de Patau, Cardiopatia Congênita, Laringomalácia Grave, Epilepsia, Distúrbio de Deglutição, DRGE e Baixa Imunidade. Em razão das múltiplas comorbidades, respira por traqueostomia com auxílio de ventilação mecânica e concentrador de oxigênio, necessita de constante aspiração de vias aéreas superiores por meio de aspirador elétrico, nebulização e bomba de infusão para administração da dieta e medicações, além de monitorização contínua de saturação e frequência cardíaca. De acordo com os relatórios médicos apresentados, o tratamento a que está submetida é fundamental para garantir a sobrevivência da criança.

3.2. Assim, irretocável, também, a determinação de que, ainda que encerrado o prazo de 24 (vinte e quatro) meses que sucederem a demissão da representante legal da menor, a seguradora apelante deverá, excepcionalmente, estender a vigência do contrato, mediante continuidade do pagamento das contribuições pela beneficiária, enquanto se fizer necessária a continuidade do tratamento de saúde de que necessita a recorrida.

**4. APELAÇÃO DESPROVIDA.**

## ACÓRDÃO

Acordam os Senhores Desembargadores do(a) 6ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, ALFEU MACHADO - Relator, LEONARDO ROSCOE BESSA - 1º Vogal e SONÍRIA ROCHA CAMPOS D'ASSUNÇÃO - 2º Vogal, sob a Presidência do Senhor Desembargador ALFEU MACHADO, em proferir a seguinte decisão: CONHECIDO. DESPROVIDO. UNÂNIME., de acordo com a ata do julgamento e notas taquigráficas.

Brasília (DF), 07 de Dezembro de 2022

**Desembargador ALFEU MACHADO**  
Presidente e Relator

## RELATÓRIO

Trata-se de apelação cível interposta por **BRADESCO SAUDE S/A** contra sentença prolatada em ação de obrigação de fazer c/c pedido de tutela provisória ajuizada por **E. H. S. F.**, representada por J. D. S. D. R., em que o Juízo da 2ª Vara Cível de Samambaia julgou parcialmente procedentes os pedidos autorais para “condenar a ré na obrigação de fazer consistente na manutenção, na qualidade de dependente, por 24 (vinte e quatro) meses contados do fim da vigência do contrato de trabalho de sua genitora (ID 107711422), condicionado à assunção pela autora da integralidade da contraprestação pecuniária (mensalidade), calculados estes provisoriamente de maneira análoga àquela prevista para as situações reguladas pelo art. 30, § 3º, da Lei 9.656/98. Findo tal prazo, não tendo havido a recuperação da paciente, fica a ré condenada a estender, excepcionalmente a vigência do contrato, mediante continuidade das contribuições, independentemente do regime de contratação (se coletivo ou individual), durante o tratamento médico necessário à garantia de sua sobrevivência e/ou incolumidade física, sob pena de multa diária de R\$ 3.000,00 (três mil reais), sem limite.” (ID 37767140).

Aproveito, no que for cabível, o relatório lançado na sentença:

*“E. H. S. F., representada por sua genitora J. D. S. D. R., propôs AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA, em desfavor de BRADESCO SAÚDE S/A.*

*Narra a parte autora que era beneficiária do plano de saúde oferecido pela empresa ré na modalidade coletiva empresarial, com abrangência em todo o território nacional, possuindo carteirinha de nº 843 210 300752 010 e sendo dependente de sua genitora, que possuía carteirinha de nº 843 210300752 002 e era titular desse plano com coparticipação.*

*Relata que possui Síndrome de Patau, Cardiopatia Congênita, Laringomalácia Grave, Epilepsia, Distúrbio de Deglutição, DRGE e Baixa Imunidade. Em razão disso, respira por traqueostomia com auxílio de ventilação mecânica (ventilador Trilogy) e concentrador de oxigênio.*

*Além disso, carece de aspirador elétrico, bomba de infusão para administração de dieta e medicações, motorização contínua por meio de oxímetro para controle de saturação e frequência cardíaca e uso de nebulizador.*

*Em decorrência dessas condições, necessita de suporte Home Care 24 horas, com equipamento de ventilação, aspirador, concentrador, GTT, equipe profissional, com atendimento médico consultas e internações, além de realização frequente de exames de monitoramento (ID: 107711408).*

*Acrescenta que usufruía dos serviços de plano de saúde na qualidade de dependente porque sua genitora era funcionária da Empresa Clínica Villas Boas S/A. No entanto, em 03/11/2021, sem justa causa, ela foi demitida, tendo sido informada que, em razão disso, seu plano somente permaneceria ativo até 20/11/2021.*

*Para que não ocorresse essa exclusão, a autora propôs a presente ação, a fim de que, sob o próprio custeio, fosse mantida nos quadros do plano, nos termos do artigo 30, da Lei n.º 9656/98.*

*Decisão que indeferiu a tutela de urgência (ID: 107797771).*

*Decisão que homologou o pedido de desistência da parte autora JUCIENE DA SILVA DOS REIS, extinguindo o processo quanto a ela (ID: 108242094).*

*Tentada a conciliação restou esta infrutífera (ID: 113846784).*

*Em contestação (id nº 115932375), a requerida alegou, em síntese, que: 1) a Lei n.º 9.656/98 estabeleceu, em seus artigos 30 e 31, que o consumidor que contribuir para o plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde em decorrência de vínculo empregatício, no caso de demissão/aposentadoria, tem assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições da cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade; 2) que a segurada Juciene da Silva dos Reis contribuía, apenas, com o pagamento da mensalidade da sua dependente, a autora incapaz E. H. S. F.; 3) que, em razão disso, a segurada não se torna “elegível” a seguir no plano de inativos da empresa requerida, uma vez que o seu antigo órgão empregador arcava com 100% (cem por cento) do seu antigo plano; 4) que a coparticipação em procedimentos não qualifica o segurado como contribuinte; 5) que, dessa forma, o procedimento de cancelamento e exclusão foi lícito, já que está amparado tanto pelo contrato como pela própria lei e pela jurisprudência pátrias; 6) assim, os pedidos formulados pela autora devem ser, na íntegra, julgados improcedentes.*

*Comunicação de decisão proferida em Agravo de Instrumento nº 0736176-33.2021.8.07.0000, ID:108502041.*

*Parecer do Ministério Público – id nº 121919994.*

*Decisão de id nº 124062042 determinou conclusão dos autos para sentença.*

*Após, vieram os autos conclusos para sentença. (...)”*

Nas razões recursais de ID 37767146, a operadora BRADESCO SAÚDE S.A. argumenta que, de acordo com as Condições Gerais da Apólice contratada pela então empregadora da genitora da criança apelada, apenas podem ser considerados dependentes a pessoa relacionada com o segurado titular.

Dessa maneira, alega ser equivocada a “*sentença ao determinar a manutenção do plano de saúde da dependente, tendo em vista que a Sra. E. H. sequer tem condições de constituir o grupo segurado da apólice*”. Aduz que a apelada não atende aos requisitos necessários para manutenção da condição de dependente, uma vez que sua genitora não permanece vinculada nem à empresa estipulante, nem ao convênio médico recorrente.

Sustenta que a representante legal da criança autora também não faria jus à manutenção do plano coletivo de assistência à saúde, nos termos estabelecidos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, tendo em vista ser a empresa estipulante a responsável pelo pagamento integral da mensalidade do plano ostentado por sua então empregada.

Argumenta a regularidade do cancelamento do plano de saúde da recorrida, porquanto fundamentado nas cláusulas contratuais, legislação de regência e entendimento jurisprudencial correlato.

Requer a reforma da sentença, a fim de que o pedido autoral seja julgado improcedente.

Preparo nos IDs 37767147-37767148.

No ID 37767152, sobrevieram contrarrazões de apelação nas quais a parte autora requer a manutenção integral da sentença impugnada, defendendo o direito de permanência da criança no plano de saúde, enquanto necessitar manter o tratamento médico-hospitalar que hoje realiza e que são fundamentais para a sobrevivência da menor.

A 12ª Procuradoria de Justiça Cível, no parecer de ID 39735411, oficia pelo conhecimento e pelo desprovimento do recurso.

É o relatório.

## VOTOS

### O Senhor Desembargador ALFEU MACHADO - Relator

Presentes os requisitos de admissibilidade, conheço do recurso por ter sido interposto tempestivamente, ser adequado à espécie de decisão recorrida e ter o preparo devidamente recolhido (IDs 37767147-37767148).

Conforme relatado, cuida-se de apelação cível interposta por BRADESCO SAUDE S/A contra sentença prolatada em ação de obrigação de fazer c/c pedido de tutela provisória ajuizada por E. H. S. F., representada por J. D. S. D. R., em que o Juízo da 2ª Vara Cível de Samambaia julgou parcialmente procedentes os pedidos autorais para “*condenar a ré na obrigação de fazer consistente na manutenção, na qualidade de dependente, por 24 (vinte e quatro) meses contados do fim da vigência do contrato de trabalho de sua genitora (ID 107711422), condicionado à assunção pela autora da integralidade da contraprestação pecuniária (mensalidade), calculados estes provisoriamente de maneira análoga àquela prevista para as situações reguladas pelo art. 30, § 3º, da Lei 9.656/98. Findo tal prazo, não tendo havido a recuperação da paciente, fica a ré condenada a estender, excepcionalmente a vigência do contrato, mediante continuidade das contribuições, independentemente do regime de contratação (se coletivo ou individual), durante o tratamento médico necessário à garantia de sua sobrevivência e/ou incolumidade física, sob pena de multa diária de R\$ 3.000,00 (três mil reais), sem limite.*” (ID 37767140).

De início, cabe ressaltar que a relação tratada nos autos se qualifica como sendo de consumo, sujeita à Lei nº 8.078/90, na forma do entendimento sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ, no enunciado nº 608: “[a]plica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Ato outro, cumpre assentar premissa fática de que J. D. S. D. R., mãe da criança apelada, manteve relação de emprego com a empresa Clínica Villas Boas S.A., de 4/10/2013 a 3/11/2021, quando foi dispensada sem justa causa (ID 37766654).

Durante o vínculo empregatício, J. era beneficiária titular do plano coletivo empresarial intitulado “Saúde Top Enfermaria” (ID 37766645), administrado pela apelante, em relação ao qual arcava apenas com a coparticipação nos procedimentos de assistência médica ou hospitalar que fazia uso. A apelada foi incluída como dependente de sua mãe no convênio médico.

Em relação ao serviço de saúde usufruído pela criança, sua genitora arcava tanto com a mensalidade – parcela fixa e mensal descontada em folha de pagamento –, quanto com os valores variáveis a título de coparticipação.

Cinge-se a questão controvertida em averiguar a possibilidade de a autora permanecer como beneficiária direta do plano de saúde que usufruía como dependente de sua mãe, então titular do convênio médico coletivo empresarial, após o rompimento do vínculo empregatício de sua responsável legal.

Assim que foi cientificada da dispensa sem justa causa e de que o plano de saúde somente seria disponibilizado até o dia 20/11/2021, a representante legal da criança recorrida solicitou a permanência no convênio, em razão do quadro clínico grave e complexo de sua filha, que demanda “*cuidados médicos constantes*” (ID 37766655).

De acordo com o relato das razões apresentadas pela BRADESCO, o contrato celebrado com a empresa Villas Boas S.A. somente permitia a inclusão de dependentes no convênio médico que fossem relacionados com o segurado titular comprovadamente vinculado à empresa estipulante (empregados, sócios gestores, administradores, diretores, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes).

Assim, com o encerramento do contrato de trabalho de sua mãe, a recorrida não poderia mais ser considerada beneficiária dependente, tampouco se classificaria como integrante direta do grupo segurado da apólice.

Alega, por fim, que também não seria o caso de manter o plano coletivo de J., uma vez que era a empresa estipulante, sua ex-empregadora, a responsável pelo pagamento integral da mensalidade do plano ostentado pela então funcionária (Lei nº 9.656/98, arts. 30 e 31).

Transcreve-se os dispositivos constantes da lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde mencionados:

*Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.*

*§ 1o O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.*

*§ 2o A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.*

*§ 3o Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.*

*§ 4o O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.*

*§ 5o A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.*

*§ 6o Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.*

O MM. Juízo sentenciante julgou parcialmente procedentes os pedidos autorais, por reputar **a)** suficientemente demonstrados os requisitos normativos para a manutenção temporária do plano de saúde, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, notadamente porque a ex-empregada custeava, por recursos próprios, a mensalidade do convênio da apelada; e **b)** ser indevido o cancelamento do plano assistencial de saúde, enquanto a paciente necessitar se submeter a tratamento médico fundamental para a manutenção da sua vida e incolumidade física, ainda que perdue tempo maior que o assinalado anteriormente.

Não há reparos a serem feitos na sentença impugnada, adianto.

Para evitar tautologia, quanto à demonstração de que houve a correspondente e necessária contribuição da beneficiária do plano, autorizadora da manutenção do convênio médico para a apelada, após a demissão imotivada de sua mãe (Lei nº 9.656/98, art. 30), primeiro aspecto da fundamentação utilizado pelo Juízo *a quo*, transcrevo trecho de decisão proferida por este Relator, no bojo do AGI nº 0736176-33.2021.8.07.0000 (ID 30674527 daqueles autos):

*“(…) no caso em comento, o elemento utilizado pelo Juízo a quo para o indeferimento da medida antecipatória foi a constatação de que consta no holerite da genitora da agravante, a título de contribuição para o plano de saúde contratado por intermédio de seu antigo emprego, tão somente a mensalidade relativa à dependente, concluindo, portanto, que a autora não contribuía a título próprio para o plano de saúde coletivo e, portanto, não faria jus à extensão legal do contrato em função de sua demissão sem justa causa, na forma do art. 30 da Lei 9.656/98.*

O raciocínio escorou-se na tese fixada pelo STJ no REsp 1.680.318/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, DJe 24/08/2018, segundo o qual “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 o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto”.

Contudo, tal compreensão, embora possível porquanto dotada de lógica interpretativa lógica, com viés restritivo, do precedente, não é necessariamente a única possível e aderente ao caso em comento.

Isso porque, a vexata quaestio revelada pelo caso na origem diz respeito ao direito à manutenção temporária, na forma do art. 30, §§ 1º, 2º e 6º, da Lei 9.656/98 do empregado demitido sem justa causa, cuja norma determina que haja contribuição pelo consumidor/empregado para com o plano de saúde coletivo, tendo o aludido precedente qualificado estabelecido interpretação no sentido de que a) é válida a exigência legal de contribuição e b) da necessária distinção entre coparticipação e contribuição, nada tendo disposto, no entanto, quanto ao fato de tal contribuição ser exigida tão somente dos dependentes do beneficiário titular.

É dizer, a legislação de referência (Lei 9.656/98 e Resolução Normativa ANS Nº 279/11) tão somente exige que, **para a manutenção do empregado que teve seu contrato de trabalho rescindido ou extinto, tenha havido contribuição para o plano de saúde**, tendo a própria lei (§ 6º do art. 30 da Lei dos planos de saúde), posteriormente respaldada pela interpretação jurisprudencial, consignado que “não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar”

O próprio julgado, em suas razões de decidir (voto do Min. Relator Ricardo Villas Bôas Cueva), consigna que, no caso em concreto apreciado naquela assentada, o pleito da operadora de plano de saúde foi provido em razão de não se verificar “parcela fixa periódica (mensalidade)” por parte do empregado, não fazendo alusão ao fato de que a mensalidade tenha que, necessariamente, referir-se ao titular do plano.

Ainda no precedente de referência e de observação obrigatória, percebe-se hermenêutica no sentido de considerar como contribuição até mesmo a inclusão do empregado em outro plano privado (upgrade de categoria), em substituição ao padrão ofertado pelo empregador sem exigir coparticipação, em razão de que “tal diferença de contribuição não se caracterizará como fator de moderação”.

Portanto, **o norte interpretativo deverá ser a presença ou não de contribuição junto ao plano**, distinguindo-o dos valores cobrado a título de coparticipação ou franquia, entendido este como mecanismos de regulação financeiros em prol do equilíbrio contratual, e decorrentes da efetiva utilização do plano pelos participantes (fator de moderação do uso).

No caso delineado nos autos da origem, a prova acostada pela parte autora dá conta de demonstrar que sua genitora tinha valores fixos descontados a título de “ASS. MÉDICA DEPENDENTE” (evento 3663) de seu salário, os quais tinham valor fixo de periodicidade mensal (ID 107780590 e seguintes).

Ao que tudo indica, tal valor efetivamente dizia respeito à mensalidade do plano, visto que manteve-se constante, embora possivelmente tenha sofrido reajuste no mês de agosto do corrente ano (ID 107782149 e 107782154), sendo certo, ademais, que não se confunde com coparticipação, posto que nos respectivos demonstrativos salariais consta expressamente o evento 3145 “COPARTICIPAÇÃO ASSISTÊNCIA MÉDICA”, cujos valores, além e esporádicos, revelam-se variáveis.

(...)

O próprio Superior Tribunal de Justiça, no julgamento dos embargos declaratórios no aludido recurso repetitivo, acabou por já realizar esclarecimento no sentido de revelar interpretação ampliativa do alcance da norma relativa aos ex-empregados quanto à manutenção do plano de saúde ofertado no bojo do contrato de trabalho, no sentido de que também ostentam o tal direito aqueles beneficiários que contribuíram em algum momento, ainda que no momento da demissão ou aposentadoria não mais o fizessem.

Confira-se:

A matéria afetada como repetitiva apenas abrangeu os casos em que os planos de saúde coletivos eram custeados exclusivamente pelo empregador, de modo que as hipóteses em que o empregado contribuiu em algum momento durante a vigência do contrato de trabalho não foram abordadas.

3. Nos termos dos arts. 6º, § 2º, 23 e 24 da RN ANS nº 279/2011 e da Súmula Normativa nº 8 da ANS, os períodos de contribuição do trabalhador ao plano de saúde sempre devem ser considerados para fins de aplicação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, mesmo que, na época da demissão sem justa causa ou da aposentadoria, o regime de custeio seja diverso.

(EDcl no REsp 1680318/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/10/2018, DJe 29/10/2018)

Portanto, a exegese que ora se confere à lide posta nos autos, em que pese ocorra em caráter precário, busca conferir à parte que efetivamente contribuiu junto à operadora - embora aprioristicamente somente em relação à dependente - direito relativo a essa característica do plano de saúde do qual participou durante a vigência do contrato de trabalho de sua genitora, o qual, a priori, somente exigia contribuição dos dependentes do titular.

De fato, ao menos quanto aos dependentes, a configuração proposta pelo empregador e pela operadora ré não comporta a constatação de que o custeio se dava integralmente (...) pelo empregador, situação considerada pela norma e pela jurisprudência para afastar o direito à manutenção do beneficiário.

**Ignorar a aparente contribuição regular (mensalidade) para o plano de assistência à saúde realizada via desconto em folha de pagamento, ainda que alusivamente a dependente, seria, de forma oblíqua, negar vigência à norma legal – que se agrava quando constatada à grave situação particular de saúde da autora, tal qual vislumbrado nos autos.**

Tendo em vista as nuances do caso concreto, tendo em vista que, em um primeiro momento, não se tem notícia de que a autora, em algum momento (anteriormente ao nascimento da dependente), realizou pagamentos a título de contribuição, nem tampouco que houve no decorrer da vigência de seu contrato de trabalho migração de regime de custeio, deve a garantia de manutenção do plano de saúde limitar-se tão somente à autora, na qualidade de dependente. (...)” – grifos nossos.

Após o término da fase instrutória do feito, restou incontroverso que a representante legal da parte apelada, de fato, arcava com as mensalidades do plano assistencial de saúde operado pela recorrente e usufruído por sua dependente, tal qual comprovam os demonstrativos de pagamento constantes dos IDs 37767079-37767083.

Acrescente-se que o plano coletivo empresarial é naturalmente temporário, uma vez que está fundado em contratação que o empregador faz por tempo certo e que, além deste período contratual determinado, pressupõe a vigência do vínculo trabalhista com os beneficiários para a sua manutenção.

Dessa maneira, dada a transitoriedade, o legislador cuidou de criar uma proteção, igualmente temporária (ex. art. 30 da Lei nº 9.656/98), para o beneficiário que tem a relação empregatícia imotivadamente rompida com a empresa contratante, permaneça temporariamente beneficiado pelo plano de saúde, a fim de que tenha tempo razoável para buscar nova contratação, dentre outros.

Assim, caso prevalecesse a interpretação restritiva sustentada pela operadora recorrente de que a criança não se enquadra como beneficiária para fins de ser mantida no plano de saúde, após a demissão de sua responsável legal, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho de sua genitora, se incorreria em flagrante violação ao princípio da legalidade.

Isto poque, não é possível extrair que a legislação sobre o tema já explanada afaste o direito da manutenção no plano de usuária, cuja mensalidade era custeada integralmente pela beneficiária, para retirar de seus favorecidos justamente a proteção que a Lei nº 9.656/98 buscou lhes assegurar.

A propósito, recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a RN nº 488, de 29 de março de 2022 – revogando a RN nº 279/2011 – e, igualmente, dispõe sobre a necessidade de que o empregado demitido ou exonerado sem justa causa tenha contribuído para o plano assistencial durante o vínculo de trabalho para ter o direito de manter a condição de beneficiário, nada estipulando, porém, sobre a contribuição dever ser obrigatoriamente cobrada em relação ao beneficiário titular.

No caso, acertada a determinação de permanência no plano de saúde coletivo empresarial, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, com assunção do pagamento integral da mensalidade pela apelada, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, a contar do término da relação trabalhista da genitora da recorrida.

Irretocável, também, a determinação de que, ainda que encerrado o prazo de 24 (vinte e quatro) meses que sucederem a demissão da representante legal da menor, a seguradora apelante deverá excepcionalmente estender a vigência do contrato – por meio de plano coletivo ou individual –, mediante continuidade do pagamento das contribuições (mensalidade) pela beneficiária, **enquanto se fizer necessária a continuidade do tratamento médico** que, atualmente, garante a sobrevivência e incolumidade física da criança recorrida.

Quanto ao ponto, a d. Procuradoria de Justiça (ID 39735411 - fls. 7-8) teceu as seguintes considerações, com as quais anuo, inclusive:

“(…) como bem ponderou o órgão ministerial de primeiro grau, “a documentação médica acostada aos autos atesta que a requerente ostenta delicadíssimo quadro de saúde e necessita de assistência médica emergencial a ser prestada de forma continuada (conforme relatório médico de ID: 107711420), sendo inviável que as coberturas sejam suspensas enquanto perdurarem as necessidades terapêuticas da paciente. Ora, a Lei nº 9.656/98, no artigo 35- C determina expressamente a obrigatoriedade de cobertura contratual de atendimentos de emergência, compreendidos aí aqueles que implicam em risco imediato à vida ou de ocorrência de lesões irreparáveis ao paciente, caracterizado por declaração médica.”

De fato, nota-se que a menor possui Síndrome de Patau, Cardiopatia Congênita, Laringomalácia Grave, Epilepsia, Distúrbio de Deglutição, DRGE e Baixa Imunidade. Em razão disso, respira por traqueostomia com auxílio de ventilação mecânica (ventilador Trilogy) e concentrador de oxigênio.

Assim, em face dos princípios da dignidade humana e da razoabilidade, a continuidade do plano de saúde da apelada deve ser assegurada, nos termos do que restou decidido na sentença, sobretudo porque a descontinuidade da assistência poderá agravar seu quadro de saúde, configurando dano grave e

Tal posicionamento acompanha o entendimento jurisprudencial de que, ainda que presentes elementos normativos autorizadores, em tese, da rescisão do contrato de plano de saúde, “*revela-se abusiva quando realizada durante o tratamento médico que possibilite a sobrevivência ou a manutenção da incolumidade física do beneficiário ou dependente*”. (AgInt no REsp n. 1.954.882/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 25/10/2021, DJe de 28/10/2021.)

Ademais, no julgamento dos REsp 1842751/RS e REsp 1846123/SP, o STJ firmou, pela sistemática do recurso repetitivo (Tema 1.082), a seguinte Tese: “[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*”.

A questão submetida a julgamento na Corte Superior se assemelha a tratada nestes autos, sendo cabível a aplicação do precedente qualificado, ao presente caso.

Foram colacionados aos autos diversos exames e relatórios médicos e hospitalares da apelada, dentre os quais destaca-se o constante do ID 37766652, emitido pelo médico pediatra Dr. Jamal Ali Husni, em 17/8/2021, *in verbis*:

*“Paciente E. H. S. F. com data de nascimento 27/08/2020 e reside na Rua 19 Quadra 05 Lote 16 Casa 01 Jardim Oriente – Valparaíso de Goiás – CEP: 72876-303*

*Menor com diagnóstico de Síndrome de Patau, Cardiopatia Congênita, Laringomalacia Grave, Epilepsia, Distúrbio de deglutição, DRGE e Baixa imunidade. CID: Q91 / Q24 / Q31.5 / G40 / R13 / K21 / D80.*

*No entanto, respira por traqueostomia com auxílio de ventilação mecânica (Ventilador Trillogy) e concentrador de oxigênio (EverFio), se faz necessária aspiração de vias aéreas superiores por meio de aspirador elétrico (Aspiramax), bem como de bomba de infusão (LIFEMED) para administração da dieta e medicações. Necessita submeter motorização contínua por meio de oxímetro (COVIDIEN) para controle de saturação e frequência cardíaca. Também faz uso de aparelho de nebulização (Inalar).*

*Insta mencionar que diante os antecedentes do paciente, se faz necessário também utilização de energia elétrica contínua para manutenção dos equipamentos ligados, uma vez que a falta dos mesmos implicaria na complicação do seu quadro clínico e podendo levar ao óbito pelas complicações.”*

Ou seja, evidente a gravidade do quadro clínico grave da parte apelada e o complexo tratamento médico-hospitalar de que necessita, a fim de que não sofra danos à sua saúde e vida.

A propósito, quanto à irregularidade da extinção de contrato de plano de saúde coletivo, unilateralmente, durante tratamento médico do beneficiário, este Tribunal de Justiça já se manifestou a respeito. Vejamos:

*APELAÇÃO. CONSUMIDOR E CIVIL. PRELIMINAR DE INOVAÇÃO RECURSAL REJEITADA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA. DIREITO DE PERMANÊNCIA. ART. 30 DA LEI N. 9656/98. PRETENSÃO DE MANUTENÇÃO DO VÍNCULO CONTRATUAL APÓS PRORROGAÇÃO TEMPORÁRIA. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL A AUTORIZAR A EXTENSÃO DO VÍNCULO. ART. 35-C. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (...) 2. É assegurado ao trabalhador demitido sem justa causa, ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício, o direito de manutenção do benefício, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contribuições e pelo prazo estabelecido em lei (art. 35 da Lei n. 9656/98). 3. Na hipótese, em que pese se constate o direito de os autores permanecerem por 6 (seis) meses vinculados ao plano de saúde coletivo após a demissão do titular, diante das circunstâncias fáticas revela-se legítima a extensão do vínculo contratual securitário por maior período, porquanto a beneficiária, esposa do ex-empregado, foi acometida por grave doença (câncer de mama) durante aquele período de extensão, devendo, pois, ser assistida enquanto durar a terapêutica necessária. 4. Tal exegese encontra ressonância na disposição do art. 35-C da Lei 9.656/98, segundo a qual é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência (como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente) ou de urgência (assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional). Precedente do STJ. 5. Destarte, escorreita a sentença vergastada que determinou a continuidade da prestação dos serviços à autora, nas mesmas condições previstas no plano empresarial, enquanto for necessário o seu tratamento, o que fez em cumprimento aos ditames do dispositivo supracitado, ante a emergência do tratamento pelo qual passa a requerente. 6. Recurso conhecido e desprovido. Honorários majorados. (Acórdão 1221686, 07032986320198070020, Relator: SANDRA REVES, 2ª Turma Cível, data de julgamento: 4/12/2019, publicado no DJE: 21/1/2020)*

*DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL. RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO. DOENÇA GRAVE QUE EXIGE TRATAMENTO ININTERRUPTO. MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE. ASSUNÇÃO DO PAGAMENTO INTEGRAL DA MENSALIDADE. I. Com a rescisão do contrato de trabalho do beneficiário, extingue-se o plano de saúde coletivo empresarial depois de expirada a prorrogação prevista no artigo 30, § 1º, da Lei 9.656/1998. II. Na hipótese excepcional em que o beneficiário titular ou dependente é acometido por doença grave que exige tratamento ininterrupto, deve ser assegurada a continuidade do plano de saúde coletivo empresarial mediante a assunção do pagamento integral da mensalidade. III. Recurso parcialmente provido. (Acórdão 1224917, 07024177420188070003, Relator: JAMES EDUARDO OLIVEIRA, 4ª Turma Cível, data de julgamento: 18/12/2019, publicado no DJE: 6/2/2020)*

Destarte, a sentença não merece reparo.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

Fixo os honorários recursais em 2% (dois por cento), à luz do art. 85, §§ 2º e 11, do CPC, os quais devem ser somados aos honorários sucumbenciais já fixados na sentença, totalizando 12% (doze por cento) sobre o valor da causa atualizado.

É como voto.

**O Senhor Desembargador LEONARDO ROSCOE BESSA - 1º Vogal**

Com o relator

**A Senhora Desembargadora SONÍRIA ROCHA CAMPOS D'ASSUNÇÃO - 2º Vogal**

Com o relator

CONHECIDO. DESPROVIDO. UNÂNIME.