



Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro
Décima Primeira Câmara Cível



DÉCIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL
APELAÇÃO CÍVEL Nº [REDACTED]
APELANTE: [REDACTED]
APELADO: BRADESCO SAÚDE S/A
RELATOR: DES. LUIZ HENRIQUE OLIVEIRA MARQUES

APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO DE CONSUMO. PRETENSÃO DE DESMEMBRAMENTO DO SEGURO SAÚDE NA MODALIDADE INDIVIDUAL EM RAZÃO DO DIVÓRCIO. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/1998. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. APELO DA AUTORA. POSSIBILIDADE LEGAL DO DESMEMBRAMENTO DO SEGURO SAÚDE CONTRATADO. AUTORA QUE É BENEFICIÁRIA DO SERVIÇO NA QUALIDADE DE DEPENDENTE, NÃO SE CONFUNDINDO COM TRANSFERÊNCIA PARA TERCEIRO OU AQUISIÇÃO DE UMA NOVA APÓLICE DE SEGURO. AUSÊNCIA DE PREJUÍZO FINANCEIRO PARA A RÉ. MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES E COBERTURAS ANTERIORMENTE CONTRATADAS. CONHECIMENTO E PROVIMENTO DO RECURSO.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da apelação cível em que figuram como apelante [REDACTED] e como apelado BRADESCO SAÚDE S/A.

Página 1 de 10
04



LUIZ HENRIQUE OLIVEIRA MARQUES:15394 Assinado em 12/03/2020 14:35:54
Local: GAB. DES LUIZ HENRIQUE OLIVEIRA MARQUES



ACORDAM os Desembargadores da Décima Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, por unanimidade, em **CONHECER E DAR PROVIMENTO** ao recurso, nos termos do voto do Relator.

RELATÓRIO

Na forma do § 4º, do artigo 92 do Regimento Interno deste Egrégio Tribunal, adota-se o relatório do juízo sentenciante de fls.184/187, assim redigido:

"Trata-se de ação pelo procedimento comum proposta por [REDACTED] contra BRADESCO SAÚDE S/A, na qual a autora requer, em sede de tutela de urgência, que a ré efetue o desmembramento da apólice descrita na petição inicial, passando a figurar como titular, com sua confirmação ao final; declaração do direito de a autora ao desmembramento da apólice descrita na petição inicial. Junta documentos. Decisão de fls. 80 que indeferiu o pedido de tutela de urgência. Contra tal decisão foi interposto agravo de instrumento que foi dado provimento, conforme fls. 86/92.

Citada, a parte ré apresentou contestação às fls. 114/121, na qual alega, preliminarmente, sua ilegitimidade passiva, eis que a questão envolve a autora e o titular da apólice. No mérito, afirma que sequer poderia ter figurado como dependente do seu ex-cônjuge a partir do ano de 2012, em razão da falência do casamento com o titular da apólice, na forma da cláusula 6, do contrato. Aduz que a partir de 2012, a autora deixou de ser cônjuge do titular do plano de saúde, não mais se enquadrando como dependente para continuar na apólice, deixando de ter qualquer vínculo com o titular. Assevera que não se pode obrigar a seguradora a deixar de seguir e adotar as condições de elegibilidade, objetivando inibir a prática de atos fraudulentos. Afirma que a autora pleiteia algo vedado em lei, na forma da parte final do § 5º, do artigo 35, da Lei 9.656/98. Esclarece que não mais comercializa plano individual e que não há qualquer obrigação legal de manutenção de contrato individual, salientando que não perpetrou qualquer irregularidade. Pugna pela improcedência do pedido. Junta documentos.

Réplicas às fls. 158/159.

Em provas, as partes informam que não possuem outras provas a serem produzidas.

É O RELATÓRIO.(...)

A referida sentença decidiu a lide nos seguintes termos:





Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro
Décima Primeira Câmara Cível



“Isto posto, revogo a tutela deferida e JULGO IMPROCEDENTE o pedido, condenando a Autora ao pagamento das despesas judiciais e honorários advocatícios que fixo em R\$ 1.500,00, na forma do § 8º, do artigo 85 do CPC.”

Inconformada, a autora recorreu, às fls.199/214 (Indexador 199), alegando que, apesar de figurar como dependente do seguro de saúde de titularidade de seu ex-marido, à época da contratação, assumiu a dianteira das negociações. Informa, ainda, que, quando do divórcio consensual do casal, ficou acordado entre as partes a manutenção da apelante no referido seguro de saúde. No mérito, sustenta que o plano de saúde é da família e não do titular e que não há nenhum prejuízo econômico à apelada decorrente do desmembramento do seguro de saúde familiar. Requer ao final que sejam julgados procedentes os pedidos elencados na inicial.

Decisão monocrática conferindo efeito suspensivo ao recurso às fls. 281/282.

Foram apresentadas contrarrazões, às fls. 308/316, pugnando pela manutenção do julgado diante da vedação legal da transferência de titularidade, do fato da seguradora não comercializar mais apólices individuais e da prescrição do direito da autora.

É O RELATÓRIO.
PASSO A VOTAR.

O recurso interposto merece ser conhecido, diante da presença de seus pressupostos de admissibilidade.

Forçoso reconhecer, *in causa*, a cogente aplicação do CDC, com todos os seus consectários legais, uma vez que a Apelante, nitidamente, insere-se no conceito consagrado no art. 3º, “caput”, da Lei nº 8.078/90.





De início, não há que se falar em prescrição ânua no caso concreto, por não se tratar de caso em que o segurado postula indenização securitária; e tampouco se aplica o prazo quinquenal previsto no art. 27 do CDC, que tem seu campo de aplicação restrito às ações de reparação de danos causados por fato do produto ou do serviço.

Nesse contexto, diante da ausência de norma prescricional específica aplicável para ação de ressarcimento por despesas, realizadas em razão de descumprimento de contrato de prestação de serviços de saúde, deve ser adotado o entendimento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que, na espécie, o prazo prescricional é de 10 (dez) anos, conforme disposto no art. 205 do CC, como se vê adiante:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO E COMPENSAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. DEMANDAS RELATIVAS A SEGURO SAÚDE OU A PLANO DE SAÚDE. PRESCRIÇÃO ÂNUA. IMPOSSIBILIDADE. PRETENSÕES DECORRENTES DE RESPONSABILIDADE CONTRATUAL. PRAZO PRESCRICIONAL DECENAL. 1. Ação de indenização e compensação - respectivamente - por danos materiais e morais. 2. Não incide a prescrição ânua, própria das relações securitárias (arts. 178, § 6º, II, do CC/1916 e 206, § 1º, II, do CC/2002), nas ações que discutem direitos oriundos de planos de saúde ou de seguros saúde, dada a natureza sui generis desses contratos. Súmula 568/STJ. 3. O mesmo prazo prescricional de dez anos deve ser aplicado a todas as pretensões do demandante nas hipóteses de inadimplemento contratual, incluindo o da reparação de perdas e danos a ele causados. Súmula 568/STJ. 4. Agravo interno não provido. (AgInt no REsp 1742038/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 25/02/2019, DJe 27/02/2019)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO APELO EXTREMO. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA. AC 0021384-50.2019.8.19.0001Psn 1. Nos termos da jurisprudência desta Corte Superior, não se aplica o prazo prescricional de 1 (um) ano (artigo 206, §1º, inc. II, "b", do Código Civil) às demandas envolvendo seguro ou plano de saúde. Incidência da Súmula 83/STJ. 2. É inviável a análise de tese alegada apenas em agravo interno, por caracterizar indevida inovação recursal. Precedentes. 3. Agravo interno desprovido. (AgInt no REsp 1586670/SP,





Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro
Décima Primeira Câmara Cível



Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 30/09/2019, DJe 07/10/2019) AgRg no REsp 1548787 / SP AGRADO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL2015/0192507-4 AGRADO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO E REEMBOLSO DE VALORES DESPENDIDOS EM DECORRÊNCIA DA NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTOS SOLICITADOS PELO MÉDICO. PRAZO PRESCRICIONAL DECENAL. ENUNCIADO SUMULAR N. 83/STJ. AGRAVOIMPROVIDO. 1. Conforme o entendimento do STJ, o prazo prescricional aplicável em hipóteses em que se discute a manutenção das mesmas condições do contrato de seguro da época do vínculo de trabalho é de 10 (dez) anos (AgRg no REsp 1.547.482/SP, Rel. o Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 20/10/2015, DJe 27/10/2015). 2. Ademais, esta Corte Superior firmou orientação no sentido de que "a ação de ressarcimento por despesas que só foram realizadas em razão de suposto descumprimento de contrato de prestação de serviços de saúde, hipótese sem previsão legal específica, atrai a incidência do prazo de prescrição geral de 10 (dez) anos, previsto no art. 205 do Código Civil" (AREsp n. 300.337/ES, Terceira Turma, Relator Ministro Sidnei Beneti, DJe 20/6/2015).3. Agravo regimental a que se nega provimento. (grifo aposto) PROCESSUAL CIVIL. AGRADO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZATÓRIA. DISSONÂNCIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. PLANO DE SAÚDE. REEMBOLSO DE VALORES. NEGATIVA DE COBERTURA. PRAZO PRESCRICIONAL DECENAL.

No mérito, o que se infere dos autos é que a parte autora é beneficiária do seguro individual de reembolso de despesas com assistência médica hospitalar fornecido pelo réu, na qualidade de dependente de seu marido.

Como ficou evidenciado, o plano foi contratado no ano de 1987, anteriormente à vigência da Lei nº 9.656/98, que regula os planos de saúde atualmente.

Cinge-se, portanto, a controvérsia sobre a possibilidade de se desmembrar a apólice contratada para que uma nova seja criada, na qual a dependente da antiga torne-se titular.





A autora sustenta que arca com os custos de seu plano de saúde, tendo, inclusive, na qualidade de médica, efetuado as negociações e pesquisas para escolha e contratação do serviço. No entanto, em dezembro de 2018, após 6 anos da separação do casal, seu ex-marido comunicou sua exclusão da apólice no prazo de 60 dias.

Por sua vez, o réu informa que o pedido de desmembramento do seguro saúde não poderia ser atendido, em virtude da vedação legal contida na Lei nº 9.656/98, em seu art.35, §5º, que assim dispõe:

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e **vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. (grifou-se)**

Entretanto, o que se visualiza no caso dos autos não é uma transferência de titularidade, mas sim um requerimento de desmembramento, uma manutenção na condição de beneficiário do plano, alterando-se a qualidade de dependente para titular. Neste ponto, não há nenhuma vedação legal para tanto.

Não é outro o entendimento deste Egrégio Tribunal de Justiça:

0040597-13.2017.8.19.0001 - APELAÇÃO
Des(a). WERSON FRANCO PEREIRA RÉGO - Julgamento: 21/03/2018 -
VIGÉSIMA QUINTA CÂMARA CÍVEL
DIREITO DO CONSUMIDOR. RESPONSABILIDADE CIVIL. BRADESCO
SAÚDE. SEGURO SAÚDE NA MODALIDADE INDIVIDUAL. CONTRATO
ANTERIOR À LEI Nº 9.656/1998, NÃO ADAPTADO. PRETENSÃO
CONDENATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, VISANDO O AUTOR O
DESMEMBRAMENTO DA APÓLICE DE SEGURO SAÚDE, A FIM E
PERMANECER NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA

Página 6 de 10

04





Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro
Décima Primeira Câmara Cível



ASSISTENCIAL DE QUE GOZA, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DE SUA EX-ESPOSA, SOMENTE PARA FINS DE POSSIBILITAR O PAGAMENTO INDIVIDUALIZADO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTA PELA RÉ, VISANDO À REFORMA INTEGRAL DO JULGADO. 1) Ao contrário do afirmado pela Ré, não há que se falar em impedimento ao desmembramento, em razão da não mais comercialização de planos na modalidade individual. O que pretende o Autor não é a migração para nova apólice individual, mas tão somente o desmembramento da apólice já existente, nas mesmas condições, para fins de individualização de pagamento, tendo em vista a ocorrência do divórcio com a titular do contrato. 2) Autor que conta com 81 (oitenta e um) anos de idade, tendo contribuído para a apólice por quase três décadas, sendo portador de Doença de Alzheimer. 3) Ausência de qualquer prejuízo à parte Ré, a qual continuará prestando serviços ao Autor, bem como a sua ex-esposa, recebendo a integralidade do que antes recebia. Não haverá alteração de beneficiários, obrigações ou de condições, nem tampouco transferência de titularidade, mas tão-somente o desmembramento da apólice para fins de pagamento individualizado de cada segurado. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO.

0035978-45.2014.8.19.0001 - APELAÇÃO

Des(a). LUIZ ROBERTO AYOUB - Julgamento: 31/03/2016 - VIGÉSIMA SEXTA CÂMARA CÍVEL

APELAÇÃO CÍVEL. RITO SUMÁRIO. RELAÇÃO DE CONSUMO. PLANO DE SAÚDE. PRETENSÃO DE DESMEMBRAMENTO DE SEGURO SAÚDE CONTRATADO, EM RAZÃO DE DIVÓRCIO. SENTENÇA QUE JULGA PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO PARA DETERMINAR O DESMEMBRAMENTO, COM A MANUTENÇÃO DAS COBERTURAS E CONDIÇÕES CONTRATUAIS VIGENTES E SEM PRAZO DE CARÊNCIA. APELAÇÃO DA RÉ PRETENDENDO A REFORMA DA SENTENÇA PARA QUE O PEDIDO SEJA JULGADO IMPROCEDENTE. APELAÇÃO DOS AUTORES, REQUERENDO A RESTITUIÇÃO DE VALORES E CONDENAÇÃO POR DANOS MORAIS. DESMEMBRAMENTO DO SEGURO SAÚDE QUE SE MOSTRA JURIDICAMENTE POSSÍVEL, NÃO SE CONFUNDINDO COM TRANSFERÊNCIA PARA TERCEIROS OU CELEBRAÇÃO DE NOVO CONTRATO INDIVIDUAL. MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES E COBERTURAS ANTERIORMENTE CONTRATADAS. PRETENSÃO DE RESTITUIÇÃO DE VALORES QUE NÃO MERECE ACOLHIDA, EIS QUE O PAGAMENTO ERA DEVIDO. DANOS MORAIS NÃO CARACTERIZADOS. SITUAÇÃO QUE NÃO SAIU DA ESFERA DE MERO DISSABOR DO COTIDIANO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 75 DESTE TRIBUNAL DE JUSTIÇA. PRECEDENTES DESTE TRIBUNAL. AMBOS OS RECURSOS QUE SE NEGAM PROVIMENTO.





Aplica-se no caso concreto, por analogia, o disposto no art. 3º, § 1º, da RN 195/2009 da ANS, *verbis*:

Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

§1º A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

No mesmo sentido se orienta a Resolução nº 254/2011 da ANS:

Art. 13 É garantido ao responsável pelo contrato e, nos planos individuais ou familiares e coletivos por adesão, também a cada beneficiário autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências.

Art. 14 A migração pode ser exercida individualmente ou por todo o grupo familiar vinculado ao contrato, mediante o requerimento de cada beneficiário.

§1º A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas cláusulas contratuais, com a assunção das obrigações dele decorrentes.

É importante frisar que não se pretende impor ao réu a comercialização de uma nova apólice de seguro, mas sim o reconhecimento do direito da autora ao serviço contratualmente pactuado quando foi incluída como dependente de seu ex-marido, há mais de trinta anos. Nesse diapasão, deve-se destacar a função social dos contratos e a boa-fé objetiva, princípios norteadores das relações de direito privado.

Ademais, o desmembramento pretendido não causará nenhum prejuízo à parte ré, a qual continuará prestando serviços à autora, bem como ao seu ex-marido, recebendo a integralidade do que antes recebia. Não haverá





alteração de beneficiários, obrigações ou de condições, nem tampouco transferência de titularidade, mas tão somente o desmembramento para fins de pagamento individualizado de cada segurado.

Quanto ao dano moral, não houve nenhuma conduta praticada pelo réu que tenha causado abalo psicológico ou qualquer outra violação aos direitos do autor.

Acrescente-se, por oportuno, que não houve qualquer suspensão ou interrupção dos serviços de seguro saúde contratados, não sendo suficiente para ensejar a condenação por danos morais o mero temor de ficar desassistido de seu plano.

Diante do exposto, voto no sentido de dar provimento ao recurso para confirmar a tutela de urgência deferida em Agravo de Instrumento de nº 0003513-10.2019.8.19.0000, condenando o réu a desmembrar a apólice nº. 544/544/1888894 e emitir uma nova, com as mesmas condições, na qual a autora seja a titular, sob as penas e prazos estipulados no referido julgado.

Em razão do provimento do recurso, inverte os ônus da sucumbência, suportando o réu as despesas processuais e os honorários advocatícios, estes fixados em R\$ 1.500,00 (Um mil e quinhentos reais), na forma do § 8º, do artigo 85 do CPC, majorados para R\$1.800,00 (Um mil e oitocentos reais), diante da sucumbência recursal, na forma do §11 do artigo 85 do CPC.

Rio de Janeiro, na data da assinatura digital.

LUIZ HENRIQUE OLIVEIRA MARQUES

Página 9 de 10
04

