

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.523.440 - SP (2019/0171440-1)

RELATORA : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
AGRAVANTE : MARGARETH APARECIDA GARCIA
ADVOGADOS : ERICSON CRIVELLI - SP071334
MILTON LUIZ BERG JÚNIOR E OUTRO(S) - SP230388
SARA TAVARES QUENTAL - SP256006
FERNANDA NICOLELLA LEMES - SP289730
AMANDA PRETZEL CLARO - SP345927
DIOGO ASSUNÇÃO ALVES DE MORAIS - SP407194
AGRAVADO : FUNDAÇÃO SAÚDE ITAU
ADVOGADOS : RAFAEL BARROSO FONTELLES E OUTRO(S) - SP327331
MARCELA DE ABREU QUINTANILHA - RJ179572
FELIPE FIDELIS COSTA DE BARCELLOS - SP382481

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto por MARGARETH APARECIDA GARCIA, em face de acórdão assim ementado (fl. 299):

SEGURO. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE APOSENTADA COMO BENEFICIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO OPERADO PELA RÉ. ADMISSIBILIDADE. PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS DO ART. 31 DA LEI N. 9.656/1998 QUE RESTOU INCONTROVERSO NOS AUTOS. AUTORA QUE DEVE SER MANTIDA NO MESMO CONTRATO COLETIVO DOS FUNCIONÁRIOS ATIVOS, VEDADA A DISCRIMINAÇÃO DOS INATIVOS, MEDIANTE A ASSUNÇÃO DA INTEGRALIDADE DO VALOR DO PRÊMIO, QUE DEVERÁ CORRESPONDER À SOMA DA PARCELA PATROCINADA PELA EMPRESA ESTIPULANTE E DAQUELA QUE ERA CUSTEADA PELA AUTORA. PLANO DE SAÚDE QUE SOFREU REESTRUTURAÇÃO, ADOTANDO O MODELO UNIFICADO DE ATIVOS E INATIVOS, SEPARADOS POR FAIXAS ETÁRIAS E CATEGORIAS. GARANTIA LEGAL QUE FIXA, APENAS, REGIME PARITÁRIO ENTRE FUNCIONÁRIOS DA ATIVA E APOSENTADOS OU DEMITIDOS, SEM DIREITO ADQUIRIDO À APÓLICE

ANTERIOR QUE FORA SUBSTITUÍDA. INTELIGÊNCIA DOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI 9.656/98. POSSIBILIDADE DE ALTERAÇÃO, NESSES TERMOS, RECONHECIDA PELA JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. HIPÓTESE EM QUE GARANTIDAS AO AUTOR AS MESMAS CONDIÇÕES DE QUE SE BENEFICIAM, ATUALMENTE, OS FUNCIONÁRIOS ATIVOS DA ANTIGA EMPREGADORA, MEDIANTE A ASSUNÇÃO DA RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO INTEGRAL DO PRÊMIO. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO, COM OBSERVAÇÃO.

Nas razões do especial, a ora agravante alega afronta aos arts. 31 da Lei n. 9.656/98; 47 e 51 do Código de Defesa do Consumidor, bem como dissídio jurisprudencial. Pretende seja ajustada "a forma de cobrança, para que seja feita nos mesmos moldes da vigência do contrato de trabalho da Recorrente, ou seja, cobrando-se "por vida", assumindo a Recorrente o custo integral do plano" (fl. 340).

Ultrapassado o juízo de admissibilidade, passo a decidir.

O Tribunal de origem, com base nos fatos e provas dos autos, concluiu pela possibilidade de mudança no modelo de custeio do plano de saúde coletivo, assim se pronunciando (fl. 305):

Na hipótese, consta dos autos que o ex-empregador da titular do plano promoveu a unificação dos planos de saúde válidos para funcionários ativos e inativos, mediante a celebração de novo contrato de plano de saúde coletivo com a apelante, o que lhe é, frise-se, plenamente autorizado.

Aliás, diga-se que o caráter de ordem pública da Lei nº 9.656/98 a faz, como pacificamente reconhece a jurisprudência já há bom tempo, aplicável de forma imediata a todos os contratos, inclusive àqueles já em curso. A única exigência que se faz é o custeio, pelas seguradas, da parcela devida pela empregadora à administradora do plano.

Nessa perspectiva, tendo havido modificação na apólice vigente para os funcionários ativos, não há que se pretender a permanência da demandante como beneficiária do contrato anterior, após o término da vigência dele.

Lembre-se que a disposição legal que ampara a pretensão da

requerente garante nada mais que a paridade de condições entre os funcionários ativos e os aposentados que atenderem aos requisitos específicos. Jamais, por óbvio, a manutenção de condições que não mais encontram respaldo na apólice coletiva que lhe serve de paradigma. Entender o contrário, aliás, implicaria em malferir o regime único que a lei pretendeu estabelecer.

A análise das razões do recurso, a fim de demover o que concluído pela origem, demandaria inevitável reexame de matéria fática, procedimento que encontra óbice no verbete 7 da Súmula desta Corte.

Acrescente-se que a jurisprudência adotada neste Superior Tribunal de Justiça faz a distinção entre o direito à manutenção das condições de cobertura assistencial e a inexistência de direito ao mesmo regime de custeio vigente à época do antigo contrato de saúde coletivo.

Isso porque, a despeito de ser assegurada ao beneficiário de plano de saúde coletivo, rescindido unilateralmente, a sua manutenção como beneficiário com as mesmas condições de assistência médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral desta, o valor do prêmio poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma.

Faz-se necessária esta ressalva a fim de evitar, nos termos da jurisprudência desta Corte e da doutrina mais abalizada, a denominada “exceção de ruína”, que é justamente o colapso do plano de saúde em razão da impossibilidade de se ajustar os prêmios de acordo com o aumento de custo, em vista da necessidade de realizar constantes adaptações, mediante cálculos atuariais, entre outros aspectos.

É importante ressaltar, ainda, que o posicionamento acima delineado não permite a adoção por parte do plano de saúde de reajustes abusivos e desprendidos da necessidade verificada no caso concreto, devendo ser evitadas, sempre, a onerosidade excessiva ao consumidor e a discriminação ao idoso.

Confirmam abaixo a jurisprudência pacífica deste Superior Tribunal de Justiça:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO
EMPRESARIAL. DENÚNCIA DO CONTRATO PELA

OPERADORA. RESCISÃO UNILATERAL. LEGALIDADE. MIGRAÇÃO DE USUÁRIO PARA PLANO INDIVIDUAL. MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS. PREÇO DAS MENSALIDADES. ADAPTAÇÃO AOS VALORES DE MERCADO. REGIME E TIPO CONTRATUAIS DIVERSOS. RELEVÂNCIA DA ATUÁRIA E DA MASSA DE BENEFICIÁRIOS.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a migração do beneficiário do plano coletivo empresarial extinto para o plano individual ou familiar enseja não somente a portabilidade de carências e a compatibilidade de cobertura assistencial, mas também a preservação dos valores das mensalidades então praticados.

2. Os planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de contratação: (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão (arts. 16, VII, da Lei nº 9.656/1998 e 3º, 5º e 9º da RN nº 195/2009 da ANS), havendo diferenças, entre eles, na atuária e na formação de preços dos serviços da saúde suplementar.

3. No plano coletivo empresarial, a empresa ou o órgão público tem condições de apurar, na fase pré-contratual, qual é a massa de usuários que será coberta, pois dispõe de dados dos empregados ou servidores, como a idade e a condição médica do grupo. Diante disso, considerando-se a atuária mais precisa, pode ser oferecida uma mensalidade inferior àquela praticada aos planos individuais.

4. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos podem ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (art. 17, parágrafo único, da RN nº 195/2009 da ANS). A vedação de suspensão e de rescisão unilateral prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 aplica-se somente aos contratos individuais ou familiares.

5. A migração ou a portabilidade de carências na hipótese de rescisão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial foi regulamentada pela Resolução CONSU nº 19/1999, que dispôs 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. A RN nº 186/2009 e a RN nº 254/2011 da ANS incidem apenas nos planos coletivos por adesão ou nos individuais.

6. Não há falar em manutenção do mesmo valor das mensalidades aos

beneficiários que migram do plano coletivo empresarial para o plano individual, haja vista as peculiaridades de cada regime e tipo contratual (atuária e massa de beneficiários), que geram preços diferenciados. O que deve ser evitado é a abusividade, tomando-se como referência o valor de mercado da modalidade contratual.

7. Nos casos de denúncia unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, é recomendável ao empregador promover a pactuação de nova avença com outra operadora, evitando, assim, prejuízos aos seus empregados, pois não precisarão se socorrer da migração a planos individuais, de custos mais elevados.

8. Recurso especial provido.

(REsp 1471569/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/03/2016, DJe 07/03/2016)

RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL - EX-FUNCIONÁRIO - MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO, NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL DE QUE GOZAVA QUANDO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO - POSSIBILIDADE, DESDE QUE ASSUMIDA A OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO INTEGRAL. INSURGÊNCIA DA DEMANDADA.

Hipótese: Controvérsia envolvendo a manutenção de beneficiário (ex-funcionário/aposentado) em plano de saúde da estipulante General Motors do Brasil, que tem como operadora a Sul América Companhia de Seguro Saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial e custeio de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho.

(...)

2. Ao aposentado deve ser assegurada a manutenção no plano de saúde coletivo empresarial, com as mesmas condições e qualidade de assistência médica. Entretanto, não há falar em direito adquirido do aposentado ao regime de custeio do plano vigente à época do contrato de trabalho.

2.1 Para a continuidade do plano de saúde o beneficiário não tem o direito de despendar apenas os valores de contribuição vigentes ao tempo do ajuste, devendo assumir o pagamento integral da prestação, a qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver

que custear, evitando assim o colapso do sistema (exceção da ruína), porém, desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor e a discriminação ao idoso.

3. Recurso especial parcialmente provido para determinar a manutenção do autor/aposentado no plano de assistência médica-hospitalar, observada/preservada a mesma cobertura assistencial, porém submetida ao atual regramento no qual adotado o regime de custeio na modalidade do pré-pagamento.

(REsp 1558456/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 15/09/2016, DJe 22/09/2016)

Dessa forma, encontrando-se o acórdão recorrido em consonância com a orientação desta Corte, não há o que se reformar, esbarrando o presente recurso no óbice da Súmula 83/STJ.

Em face do exposto, não havendo o que reformar, nos termos do art. 34, XVIII, "b", do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça, nego provimento ao agravo e, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil/2015, majoro em 10% (dez por cento) a quantia já arbitrada a título de honorários em favor da parte recorrida, observados os limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º do mesmo artigo, considerando-se suspensas as exigibilidades em caso de assistência judiciária gratuita.

Intimem-se.

Brasília (DF), 25 de novembro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora