

RECURSO ESPECIAL Nº 1.106.557 - SP (2008/0262553-6)

RECORRENTE : VINÍCIO PARIDE CONTE E OUTROS
ADVOGADO : DORISA GOUVEIA PINHEIRO E OUTRO(S)
RECORRENTE : OSWALDO BURATTINI E OUTRO
ADVOGADO : MARLENE DE FÁTIMA QUINTINO TAVARES E OUTRO(S)
RECORRIDO : ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA
ADVOGADO : FERNANDO ACAYABA DE TOLEDO E OUTRO(S)
RECORRIDO : SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A
ADVOGADOS : LISANDRA DE ARAUJO ROCHA GODOY E OUTRO(S)
DANIEL FERNANDO DE OLIVEIRA RUBINIAK

RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por VINÍCIO PARIDE CONTE E OUTROS, com fundamento nas alíneas “a” e “c” do permissivo constitucional, contra acórdão proferido pelo TJ/SP.

Ação: de obrigação de fazer, proposta pelos recorrentes, em face da ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA - APM e da SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A. Na inicial, os recorrentes aduziram que são associados da APM por mais de 10 (dez) anos e que aderiram ao plano de assistência médica e hospitalar estipulado pela APM e mantido pela Lochpe Seguradora S/A, posteriormente sucedida pela Sul América Seguro Saúde S/A.

Sustentou que a Associação Paulista de Medicina enviou correspondência aos associados, informando que a Sul América não mais renovaria as apólices coletivas da APM, sob alegação de alta sinistralidade do grupo, decorrente de maior concentração dos segurados nas faixas etárias mais avançadas. Informou, ainda, que os associados deveriam aderir à nova apólice de seguro, que prevê aumento de cerca de 100% (cem por cento), sob pena de extinção da apólice anterior.

Superior Tribunal de Justiça

Requereram os recorrentes a procedência do pedido, para condenar as recorridas à manter a prestação dos serviços de assistência médica, nos termos anteriormente convençados entre as partes.

Sentença: julgou improcedente o pedido, pois a ocorrência de alta sinistralidade no contrato de plano de saúde possibilita a sua rescisão.

Acórdão: negou provimento às apelações interpostas por Vinício Paride Conte e outros e Oswaldo Burattini e outro, nos termos da seguinte ementa:

PLANO DE SAÚDE COLETIVO - Resolução bilateral do contrato entre a estipulante e a seguradora - Reconhecimento recíproco entre estipulante e seguradora da inviabilidade econômica do contrato, diante do alto índice de sinistralidade - Inocorrência de rescisão unilateral ou denúncia do contrato - Prévia comunicação aos segurados e oferta de novo produto, compatível com a realidade atuarial do grupo - Inviabilidade da manutenção de pequeno grupo de beneficiários no regime jurídico anterior, protegidos por contrato já extinto e com o sinalagma desfeito - Aderência de parte dos autores a novo plano de saúde que constitui conduta contraditória com o desejo de renovação do contrato anterior - Inexistência de pedido alternativo de inclusão no novo plano de saúde - Inviabilidade de cobrança de multa por descumprimento a tutela antecipada, em virtude da manutenção da cobertura e da cassação posterior da liminar - Recursos improvidos. (fl. 897)

O acórdão recorrido assentou que “o expressivo incremento dos gastos despendidos pelos autores para o custeio do plano de saúde” não decorreu da rescisão do contrato, “nem de ato ilícito de que quer que seja, mas da constatação de que plano de saúde cujo contrato foi extinto perdera o sinalagma e o equilíbrio entre as prestações” (fls. 902).

Embargos de declaração: interpostos por Oswaldo Burattini e

outro, foram rejeitados (fls. 923-926).

Embargos de declaração: interpostos por Vinício Paride Conte e outros, foram parcialmente acolhidos, para sanar omissão do julgado, no que se refere ao pedido alternativo de oferta de novo plano de saúde sem prazo de carência e cobertura de doenças pré-existentes (fls. 995-1000).

Recurso especial interposto por Vinício Paride Conte e outros: alegam os recorrentes violação:

I. do art. 13, II, “b”, da Lei 9656/98, bem como dissídio jurisprudencial, pois é vedada a denúncia unilateral do contrato, sob a alegação de que este se tornou excessivamente oneroso, em face da idade avançada dos beneficiários do plano de saúde;

II. do art. 15, § 3º, da Lei 10.741/03, porque, em contratos de plano de saúde, é vedada a discriminação de idosos pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Contrarrrazões apresentadas pela Associação Paulista de Medicina: alega sua ilegitimidade passiva para figurar no polo passivo da presente ação, porque “nem a lei, nem o contrato, vinculam o estipulante ao cumprimento de quaisquer obrigações do segurador perante o segurado” (fl. 1.114).

Prévio juízo de admissibilidade: negou seguimento ao recurso especial interposto pelos recorrentes (fls. 1.205-1.207).

Interposto agravo de instrumento pelos recorrentes, esta Relatora deu-lhe provimento e determinou a subida do presente recurso especial.

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.106.557 - SP (2008/0262553-6)

RELATORA : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**
RECORRENTE : **VINÍCIO PARIDE CONTE E OUTROS**
ADVOGADO : **DORISA GOUVEIA PINHEIRO E OUTRO(S)**
RECORRENTE : **OSWALDO BURATTINI E OUTRO**
ADVOGADO : **MARLENE DE FÁTIMA QUINTINO TAVARES E OUTRO(S)**
RECORRIDO : **ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA**
ADVOGADO : **FERNANDO ACAYABA DE TOLEDO E OUTRO(S)**
RECORRIDO : **SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A**
ADVOGADOS : **LISANDRA DE ARAUJO ROCHA GODOY E OUTRO(S)**
DANIEL FERNANDO DE OLIVEIRA RUBINIAK

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relator):

Cinge-se a controvérsia apresentada em determinar: (i) se o estipulante do contrato de plano de saúde é parte legítima para figurar no polo passivo da presente ação; e (ii) se é legítima a rescisão de plano de saúde em razão da alta sinistralidade do contrato, caracterizada pela idade avançada dos segurados.

I - Da ilegitimidade passiva do estipulante (preliminar de contrarrazões arguida pela ANP).

É firme a jurisprudência das Turmas que compõem a 2.^a Seção, de que, nos contrato de seguro em grupo, o estipulante é mandatário dos segurados, sendo parte ilegítima para figurar no polo passivo da presente ação. Nesse sentido: REsp 426860/RJ, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, 3^a Turma, DJ 24/02/2003; REsp 49688/MG, Rel. Min. Costa Leite, 3^a Turma, DJ 05/09/1994; e REsp 1045616/DF, Rel. Min. Aldir Passarinho Júnior, 4^a Turma,

DJe 13/10/2008, este último assim ementado:

CIVIL E PROCESSUAL. SEGURO. COBRANÇA CONTRA CORRETORA. INSTITUIÇÃO ESTIPULANTE. ILEGITIMIDADE PASSIVA. ELEMENTOS FÁTICOS E CONTRATUAIS. INTERPRETAÇÃO. REEXAME. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS N. 5 E 7-STJ.

I. Controvérsia solucionada à luz da prova e do contrato, cujo reexame é obstado no âmbito do STJ, em face das Súmulas n. 5 e 7, assentado que a ré figura no contrato na condição de mera estipulante, portanto não parte passiva legítima para a causa, estando desobrigada de arcar com o pagamento da obrigação de indenizar. Precedentes do Tribunal.

II. Divergência jurisprudencial não demonstrada.

III. Recurso especial não conhecido.

Destarte, é de se reconhecer a ilegitimidade passiva do estipulante-ANP para figurar no polo passivo da presente ação, e extinguir o processo, quanto a este, sem a resolução do mérito, nos termos do art. 267, VI, do CPC.

II – Da rescisão do contrato em razão da alta sinistralidade (violação dos arts. 13, II, “b”, da Lei 9656/98, 15, § 3º, da Lei 10.741/03, e dissídio jurisprudencial).

Este julgamento ostenta singularidade em sua questão central, porque a recorrida negou-se a renovar apólices coletivas, sob alegação de alta sinistralidade do grupo, decorrente de maior concentração dos segurados nas faixas etárias mais avançadas, bem como facultou a adesão dos segurados à nova apólice de seguro, que prevê aumento de cerca de 100% (cem por cento), sob pena de extinção da apólice anterior.

A Lei n.º 9.656/98, define plano privado de assistência à saúde no

Superior Tribunal de Justiça

inciso I do art. 1º como “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”.

Desse dispositivo legal, extrai-se que o plano de assistência à saúde, apresenta natureza jurídica de contrato de trato sucessivo, por prazo indeterminado, a envolver transferência onerosa de riscos, que possam afetar futuramente a saúde do consumidor e seus dependentes, mediante a prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, diretamente ou por meio de rede credenciada, ou ainda pelo simples reembolso das despesas.

Como característica principal, sobressai o fato de envolver execução periódica ou continuada, por se tratar de contrato de fazer de longa duração, que se prolonga no tempo; os direitos e obrigações dele decorrentes são exercidos por tempo indeterminado e sucessivamente.

Dessa forma, mês a mês, o consumidor efetua o pagamento das mensalidades para ter acesso à cobertura contratualmente prevista, o que, ao mesmo tempo lhe assegura o direito de, mês a mês, ter prestada a assistência à saúde tal como estabelecida na lei e no contrato. Assim, ao firmar contrato de plano de saúde, o consumidor tem como objetivo primordial a garantia de que, no futuro, quando ele e sua família necessitarem, será dada a cobertura nos termos em que contratada. A operadora, por sua vez, a qualquer momento, pode ser acionada, desde que receba mensalmente o valor estipulado na avença.

Superior Tribunal de Justiça

Regido pelo CDC, para além da continuidade na prestação, assume destaque o dado da “catividade” do contrato de plano de assistência à saúde, reproduzida na relação de consumo havida entre as partes. O convívio ao longo de anos a fio gera expectativas para o consumidor no sentido da manutenção do equilíbrio econômico e da qualidade dos serviços. Esse vínculo de convivência e dependência, movido com a clara finalidade de alcançar segurança e estabilidade, reduz o consumidor a uma posição de “cativo” do fornecedor.

Nessa perspectiva, percebe-se que os serviços assumem indiscutível importância na sociedade de consumo, pois passam a ser imprescindíveis para a vida e conforto do homem, havendo grande estímulo ao aparecimento do tipo contratual ora em exame, socialmente relevante e merecedor de respostas equitativas do Judiciário quando chamado a decidir frente à nova realidade.

Na hipótese em julgamento, a inserção e continuidade dos usuários do plano de saúde na condição de juridicamente idosos, do que decorre o alto índice de sinistralidade, é utilizada pela recorrida como único fato motivador da rescisão do contrato ou majoração do valor da mensalidade.

Quando do julgamento do REsp 809.329/RJ, DJ de 11/4/2008, que envolveu semelhante questão, explicitiei, em meu voto, que o art. 15 da Lei n.º 9.656/98 faculta a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos de saúde em razão da idade do consumidor, desde que estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS. No entanto, o próprio parágrafo único do aludido dispositivo legal veda tal variação para consumidores com idade superior a 60 anos.

Sob tal encadeamento lógico, o consumidor que atingiu a idade de 60

Superior Tribunal de Justiça

anos, quer seja antes da vigência do Estatuto do Idoso, quer seja a partir de sua vigência (1º de janeiro de 2004), está sempre amparado contra a abusividade de reajustes das mensalidades dos planos de saúde com base exclusivamente na alta sinistralidade da apólice, decorrente da faixa etária dos segurados, por força das salvaguardas conferidas por dispositivos legais infraconstitucionais que já concediam tutela de semelhante jaez, agora confirmadas pelo Estatuto Protetivo.

Acrescente-se que, ao apreciar questão análoga à do presente processo, a 3ª Turma/STJ declarou a nulidade de cláusula que prevê a possibilidade de rescisão contratual “quando a composição do grupo ou a natureza dos riscos vierem a sofrer alterações tais que tornem inviável a sua manutenção pela Seguradora”, nos termos da seguinte ementa:

CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA ABUSIVA. NULIDADE. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA SEGURADORA. LEI 9.656/98.

É nula, por expressa previsão legal, e em razão de sua abusividade, a cláusula inserida em contrato de plano de saúde que permite a sua rescisão unilateral pela seguradora, sob simples alegação de inviabilidade de manutenção da avença.

Recurso provido. (REsp 602397/RS, Rel. Min. Castro Filho, 3ª Turma, DJ 01/08/2005)

Destarte, é ilegítima a rescisão de plano de saúde em razão da alta sinistralidade do contrato, caracterizada pela idade avançada dos segurados.

Ressalte-se que, na hipótese, trata-se de vedar a discriminação do idoso em razão da idade, o que impede especificamente o reajuste das mensalidades dos planos de saúde que se derem por mudança de faixa etária a envolver idosos. Não envolve, portanto, os demais reajustes permitidos em lei, os quais ficam garantidos às empresas prestadoras de planos de saúde, sempre ressalvada a abusividade.

Superior Tribunal de Justiça

Forte nessas razões, CONHEÇO do recurso especial e DOU-LHE PROVIMENTO, para vedar os reajustes nas mensalidades dos planos de saúde, em razão da alta sinistralidade das apólices. Inverto os ônus sucumbenciais fixados na sentença, quanto à recorrida Sul América Seguro Saúde S/A.

É o voto.

Em tempo: retiro deste voto a citação do REsp 602.397/RS, Rel. Min. Castro Filho, 3ª Turma, DJ de 01/08/2005, porque houve modificação do entendimento anteriormente firmado em sede de embargos de declaração, que foram acolhidos com efeitos infringentes (Rel. para acórdão o Min. Ari Pargendler, 3ª Turma, DJ de 18/06/2007).