

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.471.569 - RJ (2014/0187581-7)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE : UNIMED NORTE FLUMINENSE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
ADVOGADOS : ANA REGINA AUBAN DOS SANTOS E OUTRO(S)
VANESSA SALLY SARAIVA
RECORRIDO : ROSANE BRASIL FONSECA DE OLIVEIRA
RECORRIDO : EVERARDO JUNGER DE OLIVEIRA
ADVOGADO : FELIPE BOECHAT DO CARMO SILVA E OUTRO(S)

EMENTA

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

Superior Tribunal de Justiça

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.

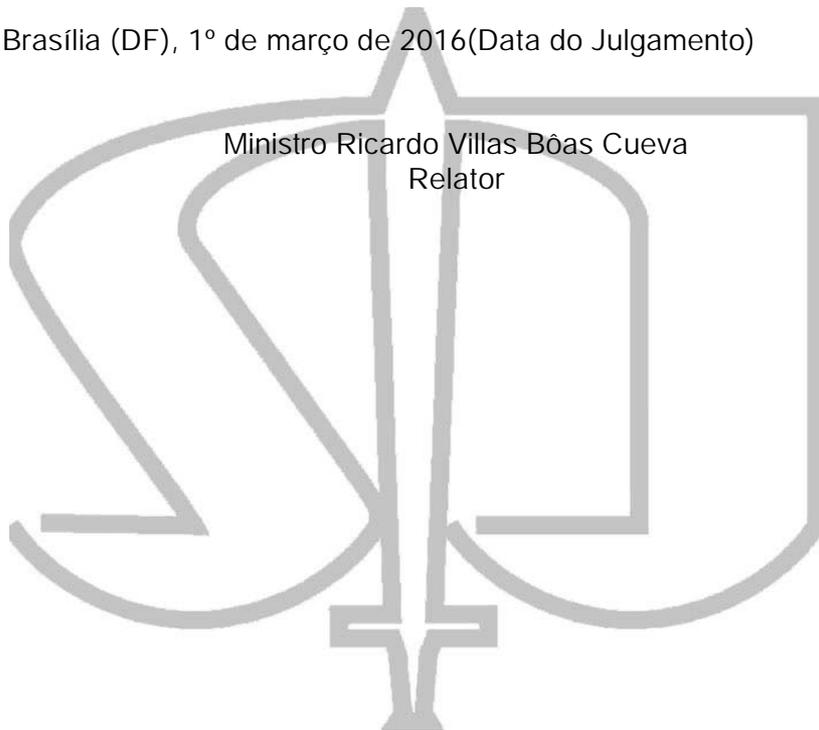
8. Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Terceira Turma, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha (Presidente) e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 1º de março de 2016(Data do Julgamento)

Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva
Relator



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.471.569 - RJ (2014/0187581-7)

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED NORTE FLUMINENSE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com fundamento no art. 105, inciso III, alínea "c", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

Noticiam os autos que ROSANE BRASIL FONSECA DE OLIVEIRA e seu cônjuge ajuizaram ação ordinária de obrigação de fazer contra a recorrente visando que os valores das mensalidades do plano de saúde individual oriundo de migração fossem os mesmos praticados quando vigente o contrato coletivo empresarial rescindido.

Asseveraram que a operadora de plano de saúde denunciou unilateralmente o contrato coletivo firmado com a Prefeitura Municipal de Itaperuna, em benefício de seus servidores, após a negativa de reajuste no patamar de 37%. Em substituição, foi permitido o ingresso dos usuários prejudicados nos planos de assistência médica na modalidade individual ou familiar, mas com mensalidades muito superiores às praticadas no plano primitivo, inviabilizando, assim, a permanência no novo plano.

A demandada, em contestação, aduziu, entre outras alegações, que foi obrigada a rescindir o contrato coletivo de assistência médica para a manutenção do equilíbrio financeiro, já que haveria alta sinistralidade do grupo e *"teria sofrido um prejuízo de aproximadamente R\$ 450.000,00 no ano de 2011"* (fl. 218). Acrescentou que na migração para o plano individual não foram exigidas novas carências e que *"os valores mensais precisaram ser adaptados aos valores impostos pela tabela própria dos planos individuais"* (fl. 218).

O magistrado de primeiro grau julgou procedente o pedido para que o plano individual fosse integralmente custeado pelos demandantes, *"observando-se para o cálculo da contraprestação mensal o valor da mensalidade satisfeita no último mês de vigência do contrato coletivo, aplicando-se a partir de então os critérios de reajustes previstos na RN 254 da ANS e outros reajustes previstos em razão da mudança da faixa etária"* (fl. 227), com observância das vedações inseridas no Estatuto do Idoso.

Irresignada, a UNIMED interpôs apelação, a qual teve o seguimento negado monocraticamente pelo Desembargador relator. Em seguida, o agravo inominado interposto não foi provido. O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"AGRAVO INOMINADO INTERPOSTO CONTRA DECISÃO MONOCRÁTICA

Superior Tribunal de Justiça

PROFERIDA EM SEDE DE APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESILIÇÃO UNILATERAL PELA SEGURADORA. POSSIBILIDADE DE MIGRAÇÃO PARA PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL.

- Parte autora que aduz ser beneficiária do plano de saúde coletivo celebrado entre a ré e a Prefeitura Municipal de Itaperuna.

- Proposta de reajuste de 37% apresentada pela empresa ré rejeitada pela Prefeitura de Itaperuna.

- Rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde pela seguradora, com o envio da notificação prévia correspondente.

- Possibilidade de migração dos beneficiários para o plano individual.

- Seguradora que, como condição para promover a migração, impôs prestações em valores muito superiores aos praticados pelo contrato rescindido.

- Controvérsia acerca da manutenção da mensalidade compatível com o plano originário.

- Dever legal da seguradora em manter a identidade das faixas de preço dos planos de origem e destino. Aplicação do disposto na Resolução Normativa nº 254/2011, da ANS.

- Reajuste das prestações imposto pela seguradora que implica em desvantagem exagerada ao usuário do seguro saúde, o que constitui cláusula abusiva, conforme artigo 39, V, do CDC, nula de pleno direito, na forma prevista do artigo 51, IV, do mesmo Estatuto.

PRECEDENTES DO TJ-RJ. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. AGRAVO INOMINADO AO QUAL SE NEGA PROVIMENTO"(fls. 335/336).

No especial, a recorrente aponta a ocorrência de divergência jurisprudencial quanto à interpretação dos arts. 16, VII, 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 bem como de resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (RN nº 195/2009 e RN nº 254/2011).

Alega, em síntese, que não pode ser mantido o mesmo valor das mensalidades aos beneficiários que migram do plano coletivo empresarial para o plano individual, haja vista as características peculiares de cada tipo contratual, como a base atuarial distinta e a impossibilidade de reajuste por desequilíbrio econômico-financeiro no plano individual.

Quanto à inaplicabilidade da RN nº 254/2011, pontifica que:

"(...)

O acórdão, ao manter a sentença recorrida, não observou a classificação do contrato objeto da lide, e entendeu, data maxima venia, equivocadamente, que o contrato era coletivo por adesão e aplicou a RN 254, da ANS, que dispõe sobre a migração para os contratos coletivos por adesão celebrados até 1º de janeiro de 2009.

Conforme sustentando no apelo, que ora se reitera, a referida RN 254, da ANS, não se aplica ao caso concreto, eis que os contratos sujeitos à migração são aqueles definidos no art. 13 da RN 254, quais sejam, planos individuais ou familiares e coletivos por adesão, conforme abaixo transcrito, não se estendendo o benefício aos contratos coletivos empresariais, que é o caso dos autos"(fl. 356).

Superior Tribunal de Justiça

Aduz que o reajuste das mensalidades no plano coletivo empresarial não é vinculado à prévia autorização da ANS e que

"(...) a contratada tem condições de verificar, na fase pré-contratual, qual a massa de beneficiários que será coberta, com a apuração da idade do grupo, e diante disso, considerando-se a estatística aplicável, oferecer uma mensalidade inferior àquela praticada ao cliente individual, sendo que, se constatado no curso da prestação dos serviços um desequilíbrio econômico-financeiro devido à alta sinistralidade da massa e inflação acumulada no período, pode a contratante, em livre negociação com a contratada, ajustar um reajuste que viabilize a manutenção dos serviços"(fl. 369).

Por outro lado, assevera que no plano individual a operadora

"(...) não tem livre negociação de preço sobre a mensalidade que será paga diretamente pelo cliente, pois os valores praticados devem ser previamente aprovados pela ANS, mediante notas técnicas, e serem cobrados, indistintamente, de todos os clientes que contratam aquela cobertura específica no mesmo período. É, em outras palavras, a tabela vigente na época da contratação ou migração. Não há, portanto, no contrato de saúde individual ou familiar, uma livre negociação do valor do prêmio (mensalidade), sendo obrigatória a aplicação da tabela aprovada pela ANS"(fl. 370).

Assim, defende a tese de que, aceita a migração do beneficiário do plano coletivo empresarial para o plano individual, o usuário se sujeita ao pagamento do custo diretamente à operadora, segundo as regras do tipo do contrato, que, na hipótese, deve equivaler aos preços oferecidos no mercado.

Por fim, sustenta que a manutenção indevida dos preços das mensalidades provocará, a médio prazo, *"a inviabilidade de continuação da iniciativa privada na exploração do negócio referente à saúde suplementar"(fl. 374).*

Após o decurso do prazo para a apresentação de contrarrazões (fl. 404), o especial foi admitido na origem (fls. 406/407).

Instado a se manifestar, o Ministério Público Federal opinou pelo não conhecimento do recurso, ou, caso conhecido, pelo provimento. O parecer restou assim sumariado:

"Recurso Especial. Direito do Consumidor. Divergência jurisprudencial. Ausência de indicação do dispositivo violado. Deficiência da fundamentação. Súmula nº 284/STF. Plano de saúde coletivo. Contrato com Prefeitura municipal. Rescisão. Direito dos beneficiários à migração para planos individuais. Manutenção de condições similares às do plano coletivo. Valor a ser pago a título de prêmio. Necessária compatibilidade com valores cobrados em planos individuais equivalentes. Equilíbrio econômico-financeiro dos contratos.

1. O conhecimento do recurso especial, mesmo o interposto pela alínea 'c' do permissivo constitucional, pressupõe a indicação do dispositivo federal em relação

Superior Tribunal de Justiça

ao qual teria ocorrido a interpretação divergente entre Tribunais. A ausência de indicação da norma federal objeto do dissídio jurisprudencial implica na deficiência da fundamentação recursal, atraindo a incidência da Súmula nº 284/STF.

2. Nos termos da legislação de regência, é garantido aos beneficiários de planos coletivos de saúde o direito à migração para planos de saúde individuais da mesma operadora, em condições similares às do plano coletivo, vedada a contagem de nova carência.

3. No que tange ao valor a ser pago a título de prêmio pelos beneficiários dos planos individuais, se de um lado não se pode admitir abuso por parte da operadora dos planos de saúde, por outro não se pode desconsiderar os custos envolvidos na prestação dos serviços, que são diferentes em planos individuais e planos coletivos.

4. Impor à seguradora a manutenção de diversos contratos individuais com as mensalidades de planos coletivos implica em desestabilizar o equilíbrio econômico contratual.

5. A solução que parece melhor compatibilizar o direito dos consumidores à continuidade dos serviços de saúde suplementar e o direito da seguradora ao equilíbrio econômico-financeiro nos contratos celebrados é a que permite a garantia de migração para contratos individuais, com características similares às do plano coletivo, sem a necessidade de cumprimento de novas carências, mas com o valor a ser pago a título de prêmio compatível com aquele observado para outros contratos individuais equivalentes.

Parecer pelo não conhecimento do recurso e, caso superado o óbice, por seu provimento”(fls. 429/430).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.471.569 - RJ (2014/0187581-7)

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

De início, impende asseverar que os requisitos de admissibilidade do recurso especial foram preenchidos, de modo que merece ser conhecido.

De fato, ao longo da peça recursal foram mencionados os arts. 16, VII, 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, sendo de afastar, portanto, a invocada Súmula nº 284/STF, já que não evidenciada a deficiência de fundamentação.

Além disso, a matéria ventilada nas razões do recurso foi devidamente prequestionada bem como a divergência jurisprudencial foi satisfatoriamente comprovada.

No mais, 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, haja vista os regimes e tipos diferentes de contratação.

1. Da formação de preços das mensalidades dos planos de saúde individuais e coletivos empresariais - bases de cálculo distintas

Como cediço, os planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de contratação. Assim, consoante o art. 16, VII, da Lei nº 9.656/1998, há três modalidades: (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão.

O plano de saúde individual é aquele em que a pessoa física contrata diretamente com a operadora ou por intermédio de um corretor autorizado. A vinculação de beneficiários é livre, não havendo restrições relacionadas ao emprego ou à profissão do usuário em potencial (art. 3º da RN nº 195/2009 da ANS).

Já o plano de saúde coletivo é aquele contratado por uma empresa, conselho, sindicato ou associação junto à operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas às mencionadas entidades bem como a seus dependentes.

Como visto, são dois os regimes de contratação de planos de saúde coletivos: o coletivo empresarial, o qual garante a assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante em razão do vínculo empregatício ou estatutário (art. 5º da RN nº 195/2009 da ANS), e o coletivo por adesão, contratado por pessoas jurídicas de caráter profissional,

Superior Tribunal de Justiça

classista ou setorial, como conselhos, sindicatos, cooperativas e associações profissionais (art. 9º da RN nº 195/2009 da ANS).

Quanto à formação de preços dos serviços de saúde suplementar e ao reajuste das mensalidades, o cálculo difere entre as três modalidades de plano de saúde.

Com efeito, 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. Ademais, ao se constatar, na execução contínua do contrato, um desequilíbrio econômico-financeiro devido à alta sinistralidade da massa e à inflação acumulada no período, pode a operadora, em livre negociação com a estipulante, pactuar um reajuste que viabilize a manutenção dos serviços de saúde suplementar. Em outras palavras, o reajuste anual nesse tipo de contratação é apenas acompanhado pela ANS, para fins de monitoramento da evolução dos preços e de prevenção de práticas comerciais abusivas, não necessitando, todavia, de sua prévia autorização.

Assim, não havendo mais interesse na prestação dos serviços por qualquer das partes, 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).

Cumprе ressaltar que 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.

Nesse sentido:

"AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. RESILIÇÃO UNILATERAL. PLANO COLETIVO. CDC. INAPLICABILIDADE. ADMITIDA RESCISÃO UNILATERAL DO PLANO COLETIVO/EMPRESARIAL. SÚMULA 83/STJ. DISSÍDIO NÃO DEMONSTRADO. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO." (AgRg no REsp nº 1.421.266/DF, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, DJe 23/10/2015)

"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. POSSIBILIDADE. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. É possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde, uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares. Precedentes.

Superior Tribunal de Justiça

2. *Agravo regimental não provido.* "(AgRg no AREsp nº 539.288/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe 9/2/2015)

"RECURSO ESPECIAL - SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CONTRATAÇÃO COLETIVA - PACTUAÇÃO ANTERIOR À VIGÊNCIA DA LEI Nº 9.656/1998 - APLICAÇÃO, EM PRINCÍPIO, AFASTADA - CLÁUSULA QUE PREVÊ A RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO, COM PRÉVIA NOTIFICAÇÃO - LEGALIDADE - A VEDAÇÃO CONSTANTE DO ARTIGO 13 DA LEI Nº 9.656/1998 RESTRINGE-SE AOS PLANOS OU SEGUROS DE SAÚDE INDIVIDUAIS OU FAMILIARES - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - VIOLAÇÃO - INOCORRÊNCIA - DIREITO DE DENÚNCIA UNILATERAL CONCEDIDA A AMBAS AS PARTES - RECURSO IMPROVIDO.

I - O contrato de assistência médico-hospitalar em tela, com prazo indeterminado, fora celebrado entre as partes em data anterior à entrada em vigor da Lei nº 9.656 de 1998, o que, em princípio, afastaria sua incidência à espécie;

II - O pacto sob exame refere-se exclusivamente a plano ou seguro de assistência à saúde de contratação coletiva, enquanto que o artigo 13, parágrafo único, II, 'b', aponta a nulidade da denúncia unilateral nos planos ou seguros individuais ou familiares;

III - O Código de Defesa do Consumidor considera abusiva e, portanto, nula de pleno direito, a cláusula contratual que autoriza o fornecedor a rescindir o contrato unilateralmente, se o mesmo direito não for concedido ao consumidor, o que, na espécie, incontroversamente, não se verificou;

IV - Recurso especial não conhecido." (REsp nº 889.406/RJ, Rel. Ministro MASSAMI UYEDA, Terceira Turma, DJe 17/3/2008)

Por sua vez, no plano de saúde individual ou familiar, não existe livre negociação de preço sobre a mensalidade que será paga diretamente pelo beneficiário, visto que os valores praticados devem ser aqueles compatíveis com o mercado e previamente aprovados pela ANS, mediante notas técnicas, devendo ser cobrados indistintamente de todos que contratem aquela cobertura específica no mesmo período, segundo a faixa etária de cada um. Nessa modalidade, o preço e os reajustes anuais são vinculados à prévia autorização da ANS, não guardando o índice de reajuste correlação com a sinistralidade do plano de saúde em si, mas com outros parâmetros adotados em metodologia particular.

2. Da migração de planos de saúde, da adaptação e da portabilidade de carências

A migração de plano de saúde e a portabilidade de carências, incluídas as especiais e as extraordinárias, são institutos similares, mas possuidores de regulamentação distinta. Enquanto o primeiro se refere a contratos firmados em data anterior a 1º/1/1999 (contratos antigos), efetivando-se no âmbito da mesma operadora, o segundo abrange o período posterior, sem limitação de operadora.

Superior Tribunal de Justiça

De fato, conforme a RN nº 254/2011 da ANS, a migração é a celebração de novo contrato de plano privado de assistência à saúde ou o ingresso em contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, no âmbito da mesma operadora, referentes a produtos com registro em situação "ativo", concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato, anterior a 1º de janeiro de 1999 (art. 2º, II).

O direito de migração é garantido para os beneficiários de planos antigos, individuais ou familiares ou coletivos por adesão, sendo dispensada nova contagem de carências. Além disso, deve haver compatibilidade com o plano de origem e adequação à faixa de preço, cujos valores não podem ser superiores aos praticados em condições normais de comercialização do mesmo produto.

Desse modo, na migração, comumente a mensalidade é majorada, já que é necessário o enquadramento do valor do plano antigo em faixa de preço compatível à atualidade de mercado, segundo a faixa etária do usuário.

Já a portabilidade de carências

"(...) é a contratação de um plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, em operadoras, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária"(art. 2º, VII, da RN nº 186/2009 da ANS).

O essencial, na portabilidade de carências, é encontrar o tipo compatível para transferência, conceituado este como o tipo que *"preencher os requisitos de segmentação assistencial, tipo de contratação individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial e faixa de preço, nos termos desta Resolução"*(art. 2º, VI, da RN nº 186/2009 da ANS).

Há ainda a portabilidade especial de carências, que poderá ser exercida em três situações: a) por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de liquidação extrajudicial, b) por dependente que perdeu seu vínculo com o plano, seja por falecimento do titular seja por perda da condição de dependente, e c) por ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 (vide arts. 7º-A ao 7º-D da RN nº 186/2009 da ANS).

Tanto a migração quanto a portabilidade de carências não se confundem com a adaptação, que é a adequação do contrato antigo ao sistema trazido pela Lei nº 9.656/1998,

Superior Tribunal de Justiça

facultada ao usuário; isto é, a avença continua a mesma, mas com ajustes ante às inovações surgidas.

Por outro lado, a especificação da migração ou da portabilidade de carências para a hipótese de rescisão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial foi feita 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, cujo teor segue transcrito:

"(...)

O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar,

CONSIDERANDO a importância da manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos,

RESOLVE:

Art. 1º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

§ 1º – Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

§ 2º – Incluem-se no universo de usuários de que trata o caput todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Art. 2º Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.

Parágrafo único – O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o caput.

Art. 3º Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.

Art. 4º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos firmados durante a vigência da Lei n.º 9.656/98 que estiverem ou forem adaptados à legislação.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário". (grifou-se)

Verifica-se, desse modo, que a RN nº 186/2009 e a RN nº 254/2011 da ANS não se aplicam aos planos coletivos empresariais, regidos pela Resolução CONSU nº 19/1999, mas incidem apenas nos planos coletivos por adesão ou nos individuais.

Superior Tribunal de Justiça

Ademais, da análise das normas, depreende-se que em momento algum foi assegurada a permanência dos mesmos valores de mensalidade praticados no plano coletivo empresarial rescindido no plano individual oferecido em substituição.

E nem poderia, dada a formação distinta de preços dos planos coletivos empresariais e dos planos individuais, a possibilitar que os valores dos primeiros sejam inferiores aos estipulados para os segundos.

As mensalidades cobradas devem guardar relação com os respectivos riscos gerados ao grupo segurado, sob pena de prejuízos a toda a sociedade por inviabilização do mercado de saúde suplementar, porquanto, a médio e longo prazo, as operadoras entrariam em estado de insolvência.

Cabe assinalar que, mesmo nas hipóteses de adaptação e de migração de contratos antigos, ocorreram aumentos nas mensalidades, como se extrai dos seguintes dispositivos da RN nº 254/2011 da ANS:

"Art. 8º Quando a adaptação de contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo do ajuste da adaptação deve ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura.

§ 1º O cálculo do ajuste da adaptação deve constar de Nota Técnica Atuarial de Adaptação, de responsabilidade da operadora, e o percentual resultante deve ser único por plano.

§ 2º O ajuste da adaptação a ser aplicado sobre a contraprestação pecuniária vigente à época da adaptação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento)"(grifou-se).

"Art. 18 A proposta de migração deve obedecer às regras vigentes para o preço do plano, observados os limites estabelecidos na RDC nº 28, de 2000.

Parágrafo único. Na hipótese do § 2º do artigo 16, a operadora pode oferecer condições especiais em relação ao preço e às carências para aquisição de produtos não enquadrados em tipo compatível, desde que observado o disposto no caput, sendo vedada a cobrança de valores superiores aos praticados em condições normais de comercialização do mesmo produto"(grifou-se).

Por seu turno, na portabilidade de carências deve-se sempre encontrar um tipo compatível para transferência, com equivalência de preços, entre outros requisitos, o que não se dá entre os planos do regime coletivo empresarial e os do regime individual ou familiar.

Logo, 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

onerosidade excessiva. Por isso é que o valor de mercado é empregado como referência, de forma a prevenir eventual abusividade.

3. Do caso concreto

Na espécie, a recorrente, Unimed Norte Fluminense Cooperativa de Trabalho Médico, e a Prefeitura Municipal de Itaperuna/RJ haviam firmado contrato empresarial de assistência médica, cujos beneficiários eram os servidores públicos municipais do mencionado órgão governamental. Após negociações infrutíferas de ambas as partes de se buscar um índice adequado de reajuste a ser aplicado às mensalidades, e diante do desequilíbrio econômico-financeiro provocado pela alta sinistralidade da carteira, a operadora de plano de saúde rescindiu unilateralmente o contrato.

Desse modo, em obediência à Resolução CONSU nº 19/1999, foi facultada a migração para plano individual, sem carências, com as mesmas coberturas do contrato empresarial extinto, mas com valores superiores, compatíveis aos de mercado.

A propósito, o seguinte trecho do acórdão estadual:

"(...)

De acordo com o documentado nos autos, verifica-se que a ré informou adequadamente e em tempo oportuno sobre a rescisão do plano coletivo, concedendo o direito aos beneficiários de optarem pelo plano individual ou familiar, sendo incontroverso, ainda, que foram respeitados os prazos de carência nos planos oferecidos.

Portanto, a controvérsia cinge-se ao valor da mensalidade do plano de saúde individual ofertado aos autores em substituição ao plano de saúde coletivo rescindido.

Da análise da cláusula contratual supramencionada com a Resolução CONSU nº 19/2009 observa-se a omissão sobre a identidade ou não do valor da mensalidade entre o plano de origem e o de destino"(fls. 343/344).

Quanto aos valores das mensalidades, precisaram ser recalculados, em virtude do novo regime de contratação, tendo sido utilizadas a atuária e a tabela próprias dos planos individuais, havendo, portanto, sintonia com os preços de mercado.

Verifica-se, assim, que não ocorreu, no caso dos autos, nenhuma ilegalidade ou abusividade.

Nesse sentido, em hipótese similar, a Terceira Turma desta Corte Superior manifestou-se pela impossibilidade de manutenção, nas mesmas condições, de contrato de plano de saúde coletivo empresarial extinto a um usuário considerado individualmente.

Superior Tribunal de Justiça

Confira-se:

"SEGURO SAÚDE. PLANO DE SAÚDE COLETIVO ESTIPULADO ENTRE A SEGURADORA E PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO, EMPREGADORA DA RECORRIDA. RESILIÇÃO DO CONTRATO. POSSIBILIDADE. INVIABILIDADE DA MANUTENÇÃO DO CONTRATO, NAS MESMAS CONDIÇÕES, COM RELAÇÃO À BENEFICIÁRIA, CONSIDERADA INDIVIDUALMENTE.

1. A Lei 9.656/98 não impede a resilição dos chamados contratos coletivos de assistência médica, celebrados entre as operadoras de planos de saúde e as empresas. Na hipótese dos autos, essa afirmação é ainda mais significativa, porque o contrato coletivo do qual a recorrida era beneficiária foi firmado entre as recorrentes e o TRE/PE, pessoa jurídica de direito público interno, e, portanto, submetida às normas que regem o direito administrativo.

2. Mesmo que em algumas situações o princípio da autonomia da vontade ceda lugar às disposições cogentes do CDC, não há como obrigar as operadoras de planos de saúde a manter válidas, para um único segurado, as condições e cláusulas previstas em contrato coletivo de assistência à saúde já extinto.

3. Recurso especial parcialmente conhecido e provido." (REsp nº 1.119.370/PE, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, DJe 17/12/2010 - grifou-se)

Pertinentes também são as seguintes ponderações feitas pelo Ministério Público Federal em seu parecer:

"(...)

30. Pois bem. Conforme anteriormente mencionado, a legislação de regência prevê aos beneficiários de planos de saúde coletivos, em caso de rescisão contratual, a migração para planos individuais, com condições similares e aproveitamento das carências já cumpridas. No caso concreto, verificou-se a observância deste direito.

31. No que tange ao valor a ser pago a título de prêmio pelos beneficiários, se de um lado não se pode admitir abuso por parte da operadora dos planos de saúde, por outro não se pode desconsiderar os custos envolvidos na prestação dos serviços, que são diferentes em planos individuais e planos coletivos.

32. Tal como asseverado pela recorrente, a lógica de formulação de valores de prêmios para planos coletivos é diversa daquela utilizada para os planos individuais.

33. O equilíbrio financeiro-econômico nos contratos se dá de formas distintas: nos planos coletivos, as operadoras têm a garantia de contratação de determinado número de apólices, além de poder livremente dispor com a empresa contratante sobre eventuais reajustes dos prêmios, o que possibilita o oferecimento de mensalidades menores aos beneficiários; já nos planos individuais ou familiares, há restrições quanto aos reajustes, uma vez que deve haver autorização prévia da ANS, o que mitiga as possibilidades da prestadora dos serviços de saúde complementar de reajustar os contratos de acordo com as características individuais dos beneficiários, como os riscos decorrentes da sinistralidade, tendo como consequência a fixação de valores individuais superiores aos observados nos planos coletivos.

34. Sob esta perspectiva, impor à seguradora a manutenção de

Superior Tribunal de Justiça

diversos contratos individuais com as mensalidades de planos coletivos implica em desestabilizar o equilíbrio econômico contratual.

35. Considerando que as prestadoras de serviços de saúde complementar objetivam o lucro, seguramente os custos adicionais – decorrentes da obrigação de migrar indistintamente os beneficiários de planos coletivos para individuais com as mesmas mensalidades – seriam repassados a todos os outros consumidores dos planos de saúde oferecidos pela empresa.

36. Desta forma, para manter as condições contratuais do plano coletivo a um número limitado de pessoas, haveria prejuízo a uma quantidade maior de consumidores, o que deve ser evitado.

(...)

38. Destarte, a solução que parece melhor compatibilizar o direito dos consumidores à continuidade dos serviços de saúde suplementar e o direito da seguradora ao equilíbrio econômico-financeiro nos contratos celebrados é a que permite a garantia de migração para contratos individuais, com características similares às do plano coletivo, sem a necessidade de cumprimento de novas carências, mas com o valor a ser pago a título de prêmio compatível com aquele observado para outros contratos individuais equivalentes” (fls. 434/436 - grifou-se).

Por fim, cumpre esclarecer que, 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.

4. Do dispositivo

Ante o exposto, dou provimento ao recurso especial para julgar improcedentes os pedidos formulados na inicial. Conseqüentemente, inverte os ônus de sucumbência, observadas as regras da gratuidade de justiça.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2014/0187581-7 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.471.569 / RJ**

Números Origem: 00035215020128190026 200103595640182 201425159693 35215020128190026

PAUTA: 01/03/2016

JULGADO: 01/03/2016

Relator

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ANTÔNIO CARLOS ALPINO BIGONHA**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : UNIMED NORTE FLUMINENSE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADOS : ANA REGINA AUBAN DOS SANTOS E OUTRO(S)
VANESSA SALLY SARAIVA

RECORRIDO : ROSANE BRASIL FONSECA DE OLIVEIRA

RECORRIDO : EVERARDO JUNGER DE OLIVEIRA

ADVOGADO : FELIPE BOECHAT DO CARMO SILVA E OUTRO(S)

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

SUSTENTAÇÃO ORAL

Dr(a). **LEANDRO ZANDONADI BRANDAO**, pela parte RECORRENTE: UNIMED NORTE FLUMINENSE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha (Presidente) e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.