

RELATÓRIO DA COMISSÃO:

Sub-Comissão II
Finanças II

Quanto ao documento 060 do Sinodo
Sudoeste Paulista

Ementa: Proposta de revisão da Resolução

SC-IPB-2006 Doc. CXII referente ao plano de saúde UNIMED da IPB

Considerando

1. A existência da Comissão Permanente CPSS (Comissão de Previdência, Seguridade e Saúde), nomeada pelo SC-IPB em sua última Reunião Ordinária.

A CE-SC-IPB-2008 RESOLVE:

1. Tomar conhecimento.
2. Encaminhar à Comissão CPSS para análise da proposta e apresentar relatório na próxima Reunião Ordinária do SC-IPB.

Sala das Sessões, 25 de março de 2008




Igreja Presbiteriana do Brasil


PROTOCOLO Nº CXII


Rev. Roberto Brasileiro
Presidente do SC/IPB


Data: 27/03/2008




Rev. Cilas Cunha de Menezes
Relator



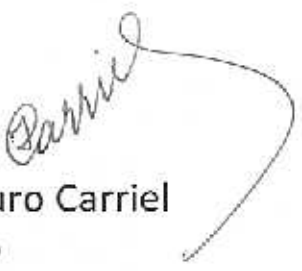
Pb. Airton Costa de Sousa
Vice-relator



Rev. Marcelo B. Silva
Membro



Rev. Fernando de Almeida
Membro



Rev. Isauero Carriel
Membro

Belo Horizonte, 24 de março de 2008.

Comissão Executiva do Supremo Concílio da
Igreja Presbiteriana do Brasil

Rev. Roberto Brasileiro Silva
MD Presidente do Supremo Concílio IPB

Estimado irmão

Cumpre-me o dever encaminhar a esta Reunião CE/IPB o documento assim ementado:

De: Sínodo Sudoeste Paulista

Ementa:

**Proposta para revisão da resolução referente ao Plano de Saúde UNIMED da
IPB**

Rogando as mais ricas bênçãos de Deus sobre a vida da Igreja Presbiteriana do Brasil e sua
douta Comissão Executiva, ora reunida em São Paulo, registro meu apreço e consideração.

Fraternalmente em Cristo,

Rev. Ludgero Bonilha Morais
Secretário Executivo do Supremo Concílio da
Igreja Presbiteriana do Brasil

PROTOCOLO Nº060

Destino:

Sub Comissão II



Rev. Roberto Brasileiro
Presidente do SC/IPB

Data: 12/03/2008

SÍNODO SUDOESTE PAULISTA

Cerquillo, 05 de fevereiro de 2008

004/2008

À

SECRETARIA EXECUTIVA DO SUPREMO CONCÍLIO IPB.
REV. LUDGERO BONILHA MORAIS

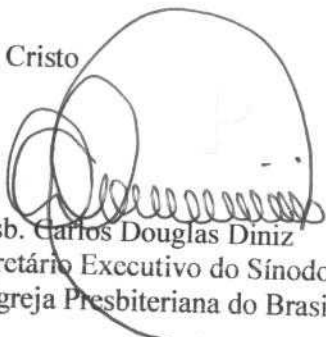
REF: PLANO UNIMED IPB..

Prezados Irmãos.

O Sínodo Sudoeste Paulista (SDP) reunido em sua 10ª Reunião Ordinária aos 13 e 14 de julho de 2007 na cidade de Itatinga, conforme documento 40 quanto ao documento 21 do PBTU, encaminha em anexo, proposta para revisão da resolução referente ao Plano de Saúde UNIMED da Igreja Presbiteriana do Brasil.:

Certos de contarmos com a sua atenção, rogamos à Deus as ternas bênçãos aos irmãos.

Em Cristo


Presb. Carlos Douglas Diniz
Secretário Executivo do Sínodo Sudoeste Paulista (SDP)
da Igreja Presbiteriana do Brasil

SECRETARIA EXECUTIVA SDP

Rua: Artur Belucci, 479 – Recanto das Rosas – 18520-000 CERQUILHO SP

Fones: (15)3384-2897 - 8125-1778

Skype:executivaptti

e-mail: executivasdp@fasternet.com.br

À Comissão Executiva do Supremo Concílio

URGENTE

Verificada, através de correspondência encaminhada pela Unimed, que foi modificada a modalidade contratual do plano de saúde a qual inicialmente aderimos, venho por meio desta, uma vez que verificada a opção do **parágrafo 7º, do art.35, da lei 9656**, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, permite ao aderente tanto a permanência no plano anterior, como a opção pelo novo, expor:

"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.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 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.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7o Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8o A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo." (NR)

Queridos irmãos da CE/SC, sei da profunda piedade dos irmãos, além de ilibado conhecimento teológico e administrativo dos amados. A IPB possui uma liderança abençoada, a qual eu me submeto e admiro, a CE/IPB é dinâmica, amiga e transparente.

Foi surpreendente a mudança de modalidade do plano de saúde Unimed -IPB, plano este coletivo, de adesão e não remunerado. A decisão do SC 2006, contemplava a inserção no plano dos não regulamentados, como é disposto:

"II - Quanto ao Plano de Saúde – Contrato com a Unimed Barra do Piraí – RJ: 1. Informar individualmente aos integrantes dos planos não regulamentados, da impossibilidade legal de mantê-los; 2. Programar campandos planos de saúde não regulamentados para um plano regulamentado; 3. determinar que ao final do prazo estabelecido para migração, os contratos relativos aos planos não regulamentados sejam rescindidos; 4. aprovar o relatório, reconhecendo os esforços de seus membros em bem servir a IPB." **SC-IPB-2006 Doc. CXII**

Portanto era de imaginar que não haveria mudança na modalidade do plano para todos. Sei que os amados, imbuídos, da melhor consonância com o amor de Cristo Jesus, aprovaram, com toda a boa intenção esta mudança, NÃO TENHO DÚVIDA NENHUMA QUANTO A ISTO. Mas precisamos analisar, principalmente as questões sociais tremendas e suas consequências: Tal mudança quebra o **princípio da conservação dos contratos**, pois as pessoas esperam depois de anos no mesmo plano, pagando de forma correta e pontual seus compromissos: a manutenção de seu plano de saúde, ainda mais quando os anos passam, a gente envelhece e sabe que as mensalidades irão aumentar, mas dentro de uma progressão esperada, estimado no conhecido pacto primário: o primeiro plano, como no sistema anterior, pagando mensalmente a quantia certa, com os reajustes anuais, o que é correto, mas sabendo que terá a possibilidade de utilizar do mesmo sempre que necessário sem gastar nada mais que o que já foi pago no mês. A mudança para o novo plano, em que você paga um menor valor absoluto mensal, mas poderá pagar muito mais que o antigo plano no final de todas as contas, pois pagará por cada consulta, exame, internação etc....

Penso nas famílias grandes com muitas crianças e alguma doença crônica em 1 ou 2 filhos, ou pais. Imaginem a dimensão que tudo isto alcança. E o idoso? Querendo manter o seu antigo plano, imaginem a mudança! Velhinho, pouca renda, doente, tendo que fazer um punhado de exames, sua mulher velhinha doente crônica. E agora?

Queridos, se nos é dada a opção de continuarmos no antigo plano ou não. Por que não ouvirmos os beneficiários? Por que não?

Creio que as consequências sociais possam ser graves demais para que a CE/SC carregue todo este ônus sobre seus ombros. Rogo aos irmãos, não assumam tudo isto sozinhos, é de bom alvitre que "ouçam" os beneficiários do

plano, mandem cartas-consultas a eles, como na votação das emendas, só que individualmente. "Ouçam" a maioria, aí decidam com tranquilidade.

Queridos, hoje em dia, a motivação para aumento do ônus do beneficiário, deve-se ser acentuadamente explícita, documentada e provada no cálculo, parágrafo 2o, do artigo 35 da Lei 9656 e como é visto na doutrina do Juíz Demócrito Reinaldo Filho.

"A revisão do contrato, quando circunstâncias supervenientes altera a situação inicial de equilíbrio, é direito de qualquer uma das partes, daí porque pode o fornecedor (segurador) perseguir esse direito em juízo, quando ocorre uma excessiva onerosidade em função da variação dos custos iniciais. Havendo elevado aumento nos preços dos produtos e serviços médico-hospitalares, em decorrência de circunstâncias imprevisíveis que provocam alterações profundas em alguns setores da economia relacionados com a prestação de assistência à saúde, onerando em demasia as obrigações contratuais inicialmente assumidas pelo fornecedor, pode este perfeitamente invocar a cláusula *rebus sic stantibus* e pedir a revisão judicial do contrato.

O que não pode, no entanto, é prever potencialmente para si o direito de alteração contratual de forma unilateral, na hipótese de variação dos elementos que influenciam os custos de manutenção da prestação dos serviços assumidos. Essa revisão contratual só pode ser feita em juízo, onde o fornecedor tem de comprovar a quantidade do aumento, para proporcionar ao julgador proceder a uma justa e proporcional majoração das mensalidades. Caso contrário, fica o fornecedor com o poder de apreciar unilateralmente a variação dos custos e decidir, a seu talante, o montante da majoração a ser imprimida ao contrato.

É de fundamental importância e de acentuada conotação sócio-política a aceitação da impossibilidade da revisão unilateral dos valores contratuais, de maneira a se evitar sobretudo uma prática comercial irregular que parece dominar o mercado de seguros. Como forma de captação de clientes, as empresas que exploram os serviços de assistência médico-hospitalar oferecem inicialmente baixos valores para os prêmios dos seguros, mas, gradativamente, aumentam esses valores, justamente amparadas no mecanismo contratual que lhes permite, através do superdimensionamento dos custos dos serviços, praticar a majoração dos preços. Essa prática, manifestamente abusiva e ilegal, deve ser combatida e, mais do que isso, devem ser responsabilizadas as empresas que assim se comportam, através da aplicação de pesadas multas. Alguns dos contratos de seguro-saúde oferecidos no mercado conformam-se em verdadeiras armadilhas para o consumidor; além da baixa qualidade dos serviços que efetivamente proporcionam, sujeitam o segurado, quando já cativo e dependente, à vontade suprema do segurador, sendo-lhe fácil alterar a equação-financeira inicial para aumentar os seus lucros"

A IPB, como a nossa representante não precisa se intimidar com alegações da Unimed. Ela deve sim, defender o interesse dos seus membros. A negociação deve ser de igual para igual com a operadora.

Nós, IPB, consumidores somos a parte mais frágil. Sabemos disso. Sejamos atentos e utilizemos das armas que o Senhor nos disponibiliza: Oração, Palavra, vida santa e a lei irmãos. César precisa receber o que é de César.

Encerro deixando com os queridos o texto do art. 39 e 51 do Código de Defesa do Consumidor.

Seção IV - Das Práticas Abusivas

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços:

I - condicionar o fornecimento de produto ou de serviço ao fornecimento de outro produto ou serviço, bem como, sem justa causa, a limites quantitativos;

II - recusar atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes;

III - enviar ou entregar ao consumidor, sem solicitação prévia, qualquer produto, ou fornecer qualquer serviço;

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;

V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;

VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes;

VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;

VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - Conmetro;

IX - recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais;

X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços;

XI - aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido;

XII - deixar de estipular prazo para o cumprimento de sua obrigação ou deixar a fixação de seu termo inicial a seu exclusivo critério;

Parágrafo único. Os serviços prestados e os produtos remetidos ou entregues ao consumidor, na hipótese prevista no inciso III, equiparam-se às amostras grátis, inexistindo obrigação de pagamento.

Seção II - Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

- I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
- II - subtraíam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste Código;
- III - transfiram responsabilidades a terceiros;
- IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;
- V - (Vetado);
- VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
- VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
- VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
- IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
- X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
- XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
- XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
- XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;
- XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
- XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
- XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.

§ 3º (Vetado).

§ 4º É facultado, a qualquer consumidor ou entidade que o represente, requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste Código, ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações da

CONCLUSÃO

Apesar da anuência ter sido expressa, por parte da CE/SC, o que não deixa de ser legal(LEI, parágrafo 7o, do art.35 da lei 9656, por exemplo) mas fragiliza o acordo(Não tem o apoio de todas as fontes do direito e dá margens à retaliações judiciais individuais daquelas pessoas que possuem uma ética associativa frágil ou falta de amor à IPB, falo isso com sincero amor à IPB, pois me preocupo com reações intempestivas de algum beneficiário, (Não há uma segunda intenção no que digo:Que o Senhor me julgue. Quero alertá-los da situação, estou muito preocupado.), pois cooperados não tiveram a opção de manifestar sua opinião, nem de avaliar qual a melhor modalidade do plano, conforme situação pessoal de cada um.

Também entendendo que os direitos assegurados à pessoa jurídica contratante: IPB, estendem-se aos segurados(DOUTRINA) aderentes, conforme entendimento doutrinário à respeito (material em anexo), solicitamos à CE/SC diligências necessárias no sentido de buscar a suspensão, pelo menos provisória, do contrato ora em vigor permanecendo o pacto anterior, para que os cooperados possam analisar as duas modalidades de plano e optar pelo que melhor lhes convier.

No caso de impossibilidade da vigência simultânea dos dois planos, conforme conveniência de cada segurado, que seja, feita a opção que agrade a maioria dos associados, que deverão expressamente opinar.

Desta forma, o associado manifestar-se-á sobre o plano mais conveniente para sua família, obtendo-se uma ampla satisfação sobre algo tão importante, como um plano de saúde, que nos disponibiliza cuidar do bem maior que Deus nos deu: a vida. Que o Senhor continue abençoando nossa Igreja Presbiteriana do Brasil e esta dinâmica CE/SC, que Deus os oriente, em Cristo Jesus.

Que Deus me ajude.
PELO REINO!



Ricardo Salem Izacc

TEXTOS ANEXOS

ARTIGO-IDEC

Tendência de mercado dos planos de saúde coloca consumidor em extrema desvantagem

Dados de 2004 da ANS mostram que os contratos coletivos compõem a esmagadora maioria dos planos de saúde. De acordo com dados do Cadastro de beneficiários ANS/MS de 12/2004 e considerando só os contratos assinados a partir de 1999, 74,2% são coletivos. Considerando todos os contratos (antigos e novos), a mesma fonte, em 06/2004, aponta para 53,6% planos coletivos; 19,2% individuais e 27,2% não identificados.

Empresariais e por adesão

A legislação dividiu os contratos coletivos em dois grupos: empresarial e por adesão. O contrato coletivo empresarial é aquele firmado com um grupo delimitado, vinculado à pessoa jurídica (um empregador, uma associação ou um sindicato), que tem a adesão automática do grupo e pode incluir os dependentes legais dos membros. Essa modalidade, em geral, está relacionada com o contrato de trabalho.

O contrato coletivo por adesão é semelhante ao empresarial. Entretanto, a adesão é espontânea, sendo opcional também a inclusão de dependentes. Essa modalidade tem proliferado no mercado de consumo, e nem sempre o corretor informa ao interessado a natureza jurídica da apólice coletiva. Por isso, antes da contratação ou mudança de plano questione, pergunte sobre essa condição ao corretor.

Estudo desenvolvido pelo Idec no início de 2005, que já indicava a tendência de desaparecimento dos contratos individuais. Para o Instituto, está em curso uma política por parte das operadoras de planos de saúde de desestimular a comercialização de planos individuais.

Por quê?

O Idec entende que a preferência das operadoras de planos de saúde pelos planos coletivos decorre do fato desta modalidade sofrer menor controle governamental, o que é lamentável. O principal aspecto envolvido nessa questão diz respeito aos reajustes anuais que deveriam, mas não são controlados pelo governo, com as negociações dos aumentos feitas diretamente entre a operadora e a empresa/sindicato/associação que a contrata, enquanto os planos individuais têm os aumentos monitorados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Outro fator que torna os planos coletivos mais interessantes às operadoras consiste no fato de que, para este tipo de contratação a Lei 9.656/98 não proíbe, explicitamente, a suspensão ou rescisão unilateral por parte da operadora, embora seja essa uma conduta proibida pelo Código de Defesa do Consumidor. No caso de planos individuais, não pode haver ruptura ou suspensão do atendimento, salvo os casos de fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato.

Dois episódios recentes comprovam isso. A operadora Sul América cancelou as apólices coletivas da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas ([veja nota](#)) e da Associação Paulista de Medicina ([leia notícia](#)) e propôs novos contratos. Apesar das instituições argumentarem que a mudança seria benéfica a seus associados, o Idec entende que o consumidor sai em extrema desvantagem, já que as opções apresentadas são bem mais onerosas do que o previsto no atual contrato, ainda que este já tenha sido objeto de reajustes abusivos.

Se mantida esta tendência, quem sairá perdendo é o consumidor. O acesso aos planos coletivos, num passado recente, era mais restrito já que pressupunha a contratação feita por pessoa jurídica. Entretanto, a reação do consumidor, levando ao Judiciário a problemática que envolve planos individuais e familiares, desencadeou, por consequência, uma reação das operadoras, razão pela qual a tendência atual é de oferta no mercado de consumo de planos coletivos por adesão, na expressiva maioria. Além disso, outro atrativo para as operadoras

constitui no fato de estar submetido a reajustes de preço sem qualquer controle por parte da ANS e à possibilidade de rescisão do contrato a qualquer tempo, pela pessoa jurídica à qual é vinculado, ou unilateralmente pela operadora, se observar que o contrato não se demonstra mais lucrativo.

Orientação

Para o Idec, mesmo que a Lei 9.656/98 não proíba expressamente a rescisão unilateral de contratos coletivos, como feito para os planos individuais e familiares, tal prática não é permitida. Isto porque a renovação automática do contrato, considerando sua natureza de trato sucessivo, aplica-se indistintamente aos contratos individuais e coletivos. Além disso, essa prática contraria o princípio da boa-fé e da equidade e é vedada pelo Código de Defesa do Consumidor (artigos 39, V e 51, IV e § 1º, incisos I a III).

Neste caso, os usuários da apólice coletiva têm o direito de solicitar a manutenção do contrato nos mesmos moldes do anterior. Se optar por isso, o consumidor terá que assumir o pagamento integral das mensalidades que, na opinião do Idec, somente poderá ser aumentado se a operadora conseguir justificar de maneira objetiva. De qualquer forma, o Instituto entende que, em nenhuma hipótese, o valor da mensalidade poderá ser igual ou superior à faixa etária equivalente prevista em tabela de preço do momento da alteração, uma vez que o vínculo contratual não é novo (arts. 4º, I, 6º, IV e 39, V do CDC).

Ainda há a opção de solicitar a manutenção de contrato individual com a operadora de planos de saúde. Para tanto, o consumidor pode utilizar este modelo de carta.

Tendência de mercado dos planos de saúde coloca consumidor em extrema desvantagem, Revista do IDEC ON LINE, 03 de Outubro de 2005, Disponível em:

http://www.idec.org.br/rev_idec_texto_online.asp?pagina=1&ordem=1&id=170

Acesso em:10-07-07.

A NATUREZA JURÍDICA DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO-
sua repercussão em termos de abusividade da cláusula que permite o
reajuste por sinistralidade -

Demócrito Reinaldo Filho
Juiz de Direito

Introdução

Discute-se atualmente a validade da cláusula, inserida em contrato coletivo de prestação de serviços de assistência à saúde, que permite a alteração da mensalidade na hipótese de aumento da "sinistralidade". Grupos de defesa de interesses de consumidores alegam que tal cláusula é intrinsecamente abusiva, por permitir que a seguradora aumente unilateralmente o valor dos prêmios mensais, em afronta ao art. 51, X, do CDC. Sustentam que a referida cláusula também pode ser considerada abusiva à luz do inc. IV do art. 51, também do CDC, já que consagra *vantagem exagerada* para a seguradora. Por sua vez, as operadoras de planos de saúde apóiam-se em entendimento contrário, por não enxergarem *abusividade* na dita cláusula. Acrescentam que nem sequer se pode pretender a aplicação do CDC ao tipo contratual em tela, já que se traduz num pacto entre empresas, onde o autor não utiliza os serviços na condição de destinatário final, figurando como mero *estipulador* das condições contratuais em favor de terceiros.

A cláusula que gera a discordância prevê o recálculo do prêmio em função da *sinistralidade*, isto é, toda vez que o índice de sinistros pagos atingir determinado percentual, em função do prêmio cobrado em período imediatamente anterior (de três meses), a seguradora está autorizada a fazer o cálculo de novo prêmio, segundo fórmula prevista na mesma cláusula.

A análise da natureza de tal cláusula nos obriga a um exame preliminar da natureza do próprio contrato coletivo (plano) de saúde, até mesmo para definir se a ele se aplicam (ou não) as normas do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90). Com efeito, muitos sustentam que o contrato de plano de saúde empresarial não é um contrato de adesão, uma vez que suas cláusulas são discutidas e eleitas de forma equilibrada pelos contratantes, a operadora e a empresa que contrata o plano, que escolhe livremente o tipo de plano, o preço, os prazos de carência, os tipos de procedimentos cirúrgicos cobertos, o número de beneficiários, entre outras condições, ou seja, típico contrato empresarial onde não se enxerga a figura de uma parte hipossuficiente, em desvantagem diante de outra mais forte e que tem a supremacia da relação contratual. A despeito dessa orientação, iremos demonstrar que o contrato coletivo de plano de saúde é modalidade de *contrato de consumo* e que, mais do que isso, trata-se de verdadeiro "contrato cativo", onde os consumidores (beneficiários) estão sujeitos a desequilíbrios idênticos à contratação individual, devendo se lhe aplicar os mesmos princípios protetivos, com destaque para o *princípio da conservação dos contratos*.

Natureza jurídica do plano coletivo de assistência à saúde

Um princípio geral em matéria de contratos é o de que as convenções não prejudicam nem beneficiam as partes que nelas não intervêm. É o chamado *princípio da relatividade dos contratos*, significando que não podem produzir efeitos além das pessoas dos contratantes que se auto-obrigaram. Esse princípio, contudo, não é absoluto, pois algumas espécies contratuais produzem efeitos sobre o patrimônio jurídico de terceiros que não concordaram para a formação do vínculo, do qual não podem escapar por força da lei ou da vontade das partes que o constituíram. É o caso, por exemplo, da doação modal em favor de terceiro, do contrato de seguro em favor de terceiro (beneficiário), da constituição de renda quando há um terceiro beneficiário, da *promessa de fato de terceiro* (previsto no art. 439, *caput*, do C.C.) ou ainda em todos os casos genéricos das *estipulações em favor de terceiro*. Esses tipos de contratos são muito diferentes dos demais atos negociais porque, em todos eles, os

efeitos vão atingir um estranho à celebração do negócio jurídico, o qual, apesar de não participar inicialmente da avença, vai adquirir a qualidade de sujeito de direito da relação contratual.

A esse rol distinto de contratos pode-se juntar o plano ou seguro saúde empresarial, modalidade contratual estabelecida entre duas pessoas, em que uma (o empregador, sindicato ou entidade associativa) convencionou com outra (a operadora ou administradora do plano) a prestação de serviços de assistência à saúde de terceiros, mediante o pagamento de uma certa quantia mensal em dinheiro pelos beneficiários ou de forma rateada com o empregador.

Em verdade, a figura do *plano de saúde*, quer seja ele individual (ou familiar) quer seja ele empresarial, pode ser distinguida da do *seguro-saúde*. Na primeira espécie, o contrato é feito com qualquer empresa (privada), cooperativa ou associação de médicos, que assume a responsabilidade da prestação de serviços médico-hospitalares, diretamente ou através de uma rede de operadores conveniados. A segunda é um típico contrato de seguro, firmado com uma companhia seguradora, pelo qual, mediante a paga de um prêmio, o segurador se obriga perante o segurado a preveni-lo dos riscos (financeiros) à sua vida e integridade física, pagando-lhe uma indenização ou simplesmente reembolsando os gastos que fizer com a manutenção e recuperação de sua saúde. A doutrina, todavia, de há muito reclamava um tratamento jurídico unificado para ambas as espécies, com a criação de órgãos reguladores e de fiscalização também unificados. A Lei 9.656, de 03.06.98, que regulamentou os planos e seguros-saúde privados de assistência à saúde, tratou-os como uma única espécie, tanto que no seu art. 10 instituiu o "plano ou seguro-referência de assistência à saúde"¹[1]. Assim, o contrato de "plano" ou seguro-saúde pode ser caracterizado por envolver a transferência (onerosa e contratual) de riscos futuros à saúde do segurado (consumidor) e seus dependentes, mediante a prestação de assistência médico-hospitalar diretamente ou por meio de entidades "conveniadas", ou pelo simples reembolso das despesas²[2].

O que realmente faz diferença (e gera problemas) é a forma de contratação desses planos ou seguros-saúde, que se pode dar por meio da *contratação individual*, que são aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, facultada ou não a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar, ou através de uma *contratação coletiva*, quando no contrato é oferecida cobertura dos *riscos* à saúde de população delimitada e vinculada a uma determinada pessoa jurídica - a empresa que contrata o plano (que também pode prever a inclusão dos dependentes da comunidade de beneficiários do contrato coletivo). A adesão dos beneficiários (consumidores) em geral é automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação como empregado, filiado ou associado da pessoa jurídica (empregador, sindicato ou associação), se bem que em algumas modalidades de contratação coletiva, a adesão é prevista apenas de forma espontânea e opcional dos funcionários, associados ou sindicalizados (com ou sem a possibilidade de inclusão do grupo familiar ou dependentes)³[3].

Estamos diante, pois, de um típico contrato de consumo - o contrato de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar vem sendo caracterizado, na doutrina e jurisprudência, como contrato de consumo para fins de aplicação das normas de proteção do CDC⁴[4] -, mas em que os consumidores não intervêm na formação do vínculo contratual. A contratação não é feita por eles (ou entidade representativa deles), mas diretamente pela empresa empregadora com a operadora de plano de assistência à saúde.

Como é a própria empresa, sindicato ou associação que faz a negociação com a operadora, sem interveniência direta dos beneficiários e verdadeiros sujeitos de direito do "plano" ou seguro-empresarial, pode ocorrer divergências entre eles quanto à execução do contrato. Muitas vezes, no momento de discutir reajustes, de adaptar o plano para outra modalidade, de escolher dentre as segmentações previstas em lei, os interesses da empresa

1

2

3

4

empregadora e dos seus empregados (consumidores) nem sempre vão ser coincidentes, especialmente quando aquela concorre com o pagamento de parcela dos custos do contrato. Daí surge a necessidade de se procurar definir a natureza jurídica desse tipo contratual, para, em seguida, delinear com exatidão a extensão dos direitos e deveres das partes. A importância desse estudo é motivada também em razão da grande difusão que essa forma contratual (contrato coletivo de saúde) assumiu nos dias atuais⁵.

E o melhor método para se perquirir a natureza jurídica de uma nova modalidade contratual é compará-la com as formas típicas, já definidas em lei.

Percorrendo esse caminho, fica fácil enxergar que o contrato que o empregador celebra com a operadora ou administradora de plano saúde aproxima-se da categoria da *estipulação em favor de terceiro*, como acordo de vontades que produz efeitos em relação a terceiro, que não participa da formação do vínculo. O nosso Código Civil admite a validade e eficácia da *estipulação a favor de terceiro*, disciplinando-a nos arts. 436 a 438. Há, contudo, uma diferença fundamental em relação a essa forma contratual. A *estipulação em favor de terceiro*, disciplinada no Código Civil, consagra sempre e exclusivamente uma vantagem para o não interveniente, enquanto que nos contratos de planos/seguros de saúde coletivo a estipulação, a par de gerar uma vantagem - o direito a usufruir os serviços de assistência médica de responsabilidade da operadora - faz nascer também obrigações para os terceiros (segurados), que consistem, em geral, no pagamento de parte dos custos de execução do contrato, na forma de mensalidade ou *prêmio* como contraprestação pelos serviços oferecidos pela operadora. No contrato de plano ou seguro saúde coletivo, o segurado não é um mero favorecido, mas ao mesmo tempo um co-obrigado, pois tem o dever de pagar o prêmio mensal estabelecido (ou parte dele), podendo inclusive vir a ser executado em caso de inadimplemento, para que a operadora possa ser ressarcida dos custos que suportou durante o prazo em que manteve os seus serviços à disposição do segurado. Tanto a seguradora (operadora) como o segurado (consumidor) têm vantagens proporcionais, que se equivalem; um, percebendo em pecúnia o direito ao *prêmio*, e o outro, usufruindo-se dos serviços médicos e hospitalares. Trata-se de modalidade de contrato *oneroso*, pois envolve prestações e contraprestações, com cada um desses contraentes visando a obter vantagem. Existe um perfeito equilíbrio de obrigações e de interesses que se coadunam. É diferente, repita-se, da *estipulação em favor de terceiro*, onde a vantagem para a pessoa alheia à convenção é sempre considerável (ainda que não inteiramente gratuita).

Outro ponto de distinção entre as formas contratuais em análise tem a ver com a relação das partes que participam da formação do vínculo. Na *estipulação em favor de terceiro* o estipulante pode exonerar o promitente de suas obrigações, caso o terceiro (beneficiário) não reclame o direito de exigir a execução do contrato (art. 437 do C.C). No contrato coletivo de plano de saúde empresarial, a situação não é a mesma, pois o segurado tem o direito, em todas as circunstâncias, de exigir o cumprimento das obrigações do contrato.

Uma última dessemelhança poderia ser apontada, ligada a um requisito subjetivo. É que na estipulação em favor de terceiro o estipulante atua em seu próprio nome, enquanto que no contrato de saúde coletivo a avença é formalizada em nome de terceiro (beneficiário), preponderando uma ação em nome alheio.

A estrutura contratual típica em que mais se adequa o "plano privado empresarial de assistência à saúde", pelo menos quanto ao objetivo, é mesmo com o contrato de seguro, na medida em que ambos visam a eliminar *riscos*. Mas não se pode dizer que a contratação coletiva empresarial de plano privado de assistência à saúde reflita simplesmente um nítido contrato de seguro. É certo que pode haver contrato de seguro em que a pessoa do segurado não coincide com a do beneficiário, como é o caso do seguro de vida, em que a indenização é recebida pelo parente (ou qualquer outra pessoa) indicado no contrato. O plano empresarial de saúde também cobre o *risco* à vida do segurado, podendo haver previsão de indenização para os seus familiares (beneficiários). Só que, no contrato de seguro, quem sempre arca com o pagamento do prêmio é a própria pessoa que contrata, e não o beneficiário,

enquanto que no plano privado empresarial de assistência à saúde quem contrata é a empresa, mas quem paga a mensalidade (pelo menos parte dela, em alguns casos) é o empregado (segurado e beneficiário).

Vê-se, portanto, que o "plano coletivo empresarial de assistência à saúde" não se enquadra em nenhuma das modalidades contratuais típicas, por revestir características próprias. Pode-se dizer que seja um misto de *estipulação em favor de terceiro* e *contrato de seguro*, que pode ser conceituado como o negócio em que uma pessoa jurídica contrata com outra, em favor dos empregados ou pessoas físicas de alguma forma vinculadas a uma delas, a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos de assistência à saúde, mediante preço pago integral ou parcialmente pelos beneficiários.

A relação contratual que se forma do acordo de vontades entre o empregador e a operadora do plano com o intuito de criar um vínculo jurídico, tem a finalidade de estabelecer o dever de prestar um benefício (assistência à saúde) a terceiros, inicialmente estranhos ao contrato, mas que posteriormente, quando manifestam sua concordância com o negócio entabulado pelas outras duas partes, passam a ser credores concorrentes de uma delas (a operadora), e mesmo eventualmente de ambas, quando acontece de o empregador assumir a obrigação de arcar com parcela do prêmio pago à operadora (e torna-se inadimplente). Em verdade, há uma relação contratual dupla, ligando o empregador (empresa) à operadora e esta ao segurado (empregado). As relações entre empregado e a operadora só aparecem na fase de execução do contrato, quando aquele passa a ser credor, podendo exigir o cumprimento da prestação prometida, de acordo com as condições e normas ajustadas anteriormente (e separadamente) pelo empregador (em conjunto com a operadora).

A terceira pessoa da relação, o segurado/beneficiário, não precisa sequer ter aptidão para contratar, pois, por não intervir ou participar na formação do vínculo, apenas limitando-se a aceitá-lo, pode ser inclusive um menor (como ocorre, p.ex., no caso dos dependentes menores dos segurados) ou mesmo uma pessoa indeterminada no momento da contratação (mas desde que determinável).

Podemos anotar, depois de vistas as características principais do contrato em estudo, as seguintes conseqüências jurídicas desse tipo de avença:

- a) como sujeito de direito dessa relação contratual, o empregado (segurado) vai poder exigir o cumprimento das normas e condições pactuadas no contrato, direito que, da mesma forma, fica assegurado ao próprio estipulante (o empregador). Na fase de execução contratual, tanto o empregador, na condição de estipulante das normas contratuais, bem como o segurado que se beneficia delas, podem exigir seu cumprimento, quanto às obrigações da operadora voltadas à prestação dos serviços de assistência à saúde;
- b) o empregador, em nenhuma hipótese, pode exonerar a operadora dos deveres assumidos em relação aos terceiros segurados, ainda que estes não se reservem o direito de reclamar-lhes a execução. O empregado-segurado quando por algum meio manifesta sua aceitação, não necessita ressaltar o direito de reclamar a execução contratual, direito esse que decorre da própria natureza do contrato e de sua condição de sujeito de direito da relação jurídica negocial. Como a prestação do serviço deverá ser realizada em benefício do segurado, este se torna credor da operadora (seguradora), aperfeiçoando-se o ajuste no momento em que o aceita. A operadora se obriga fundamentalmente perante o segurado, embora não deixe de vincular-se também ao empregador. A exigibilidade da prestação passa ao beneficiário, sem que aquele a perca.
- c) nas modalidades em que o empregador assume a responsabilidade pelo pagamento de parte do prêmio mensal, se deixa de honrar com esse compromisso no prazo de vigência inicial do contrato, o empregado (segurado) ou mesmo a seguradora têm o direito de exigir o cumprimento forçado dessa obrigação.

d) durante o prazo inicial de vigência do contrato, nem o empregador nem a operadora (seguradora) podem revogá-lo, mas pode acontecer de o segurado voluntariamente desligar-se do plano.

e) qualquer alteração durante a vigência do contrato, como, p. ex., modificação dos critérios de reajuste, mudança para outro tipo de plano dentre as seguitentações previstas na Lei 9.656/98 ou troca de prazos de carência, pressupõe a anuência dos consumidores (segurados), que podem se manifestar individualmente ou por meio de entidade representativa, já que, com a adesão deles e conseqüente início da execução do contrato, passam a ser sujeitos de direito e co-contratantes.

f) quando a empresa assume a "co-participação" no pagamento do plano, e torna-se inadimplente, deixando de pagar a parcela (ou parcelas) do prêmio a que está obrigada, a operadora assume a responsabilidade de disponibilizar planos de saúde individuais para os segurados, com o mesmo padrão de atendimento e cobertura, desde que estes complementem o preço, assumindo integralmente os custos com o pagamento da mensalidade. Além disso, a empresa inadimplente, se a inadimplência corresponder a uma (ou mais) parcela do prazo inicial de vigência do contrato, pode ser forçada judicialmente, pela operadora ou pelos segurados, a cumprir com a obrigação desfeita.

Em conclusão, podemos afirmar que os direitos do segurado em contrato (plano) coletivo de assistência à saúde são praticamente idênticos àqueles decorrentes da contratação direta individual, resumindo-se no direito que ele tem de exigir o cumprimento das normas e condições pactuadas. Em termos de regulamentação, o plano coletivo de assistência à saúde encontra-se no mesmo plano das demais relações contratuais de consumo, no que diz respeito à aplicação das normas de proteção do consumidor, em especial o CDC. Trata-se de negócio jurídico em que uma das partes assume a obrigação de prestar serviços em favor de pessoa indicada pelo outro contratante (estipulante), mediante remuneração, enquadrando-se perfeitamente nos conceitos legais de *consumidor* e *fornecedor* (arts. 2º. e 3º. do CDC) - que definem a natureza da relação contratual de consumo. O segurado (beneficiário) é consumidor, pois utiliza os serviços na condição de *destinatário final* (art. 2º.), enquanto que a operadora do plano se enquadra na definição de fornecedor, uma vez que presta serviços (art. 3º.) de assistência à saúde (do segurado), sendo esses serviços prestados

mediante remuneração (par. 2º. do art. 3º.). A forma da contratação, com a intermediação do estipulante, no intuito de criar o vínculo jurídico que liga a operadora aos segurados (consumidores), não descaracteriza a natureza consumerista do ajuste.

Aplicação do princípio da conservação dos contratos de consumo ao plano coletivo de assistência à saúde

Visto que o contrato privado de assistência à saúde é contrato de consumo, quer seja ele de *contratação individual* ou de *contratação coletiva* (empresarial ou por adesão), e, como tal, regido pelas normas de proteção ao consumidor, um dos efeitos jurídicos desse enquadramento tem a ver com a "perpetuidade" das obrigações contratuais da operadora ou, para usar outra expressão, com a conservação do vínculo contratual por tempo indeterminado. Com efeito, uma vez expirado o prazo inicial de vigência de contrato dessa natureza, as partes contratantes - a empresa empregadora e a operadora do plano - não se liberam "ad nutum" do liame obrigacional, pois a extinção do vínculo contratual depende do consentimento dos segurados (os empregados, pessoas físicas).

O vínculo jurídico que prende as partes não se esvanece com o simples atingimento do termo final, do prazo inicial de vigência da relação contratual. Os efeitos jurídicos em contrato dessa natureza expandem-se e perpetuam-se no tempo, havendo uma continuidade, uma renovação automática das condições e normas contratuais. Isso se deve ao *princípio da conservação dos contratos* de consumo de longo prazo (ou, na terminologia cunhada por Cláudia Lima Marques, "contratos cativos de consumo").

Como característica principal do plano de assistência à saúde, em ambas as suas modalidades (quer na forma do fornecimento direto de assistência médica quer na forma de reembolso das despesas), destaca-se o fato de envolver prestações de trato sucessivo. Trata-se de contrato de fazer de longa duração, que se prolonga no tempo, razão porque a moderna doutrina contratual vem identificando os contratos de seguro-saúde no contexto dos "contratos cativos de longa duração"⁶[6] (ou "contratos pós-modernos", como preferem outros).

Essa espécie de contrato caracteriza-se por criar uma "catividade" ou dependência dos clientes desses serviços (consumidores). São contratos que envolvem não uma obrigação de dar (para o fornecedor), mas de fazer; normalmente são serviços privados ou mesmo públicos, autorizados pelo Estado ou privatizados, mas sempre prestados de forma contínua, cuja execução se protraí no tempo [7]. Não são simples contratos de trato sucessivo, pois além da continuidade na prestação assume destaque o dado da "catividade". Baseiam-se mais numa relação de confiança, surgida do convívio reiterado, gerando expectativas (para o consumidor) da manutenção do equilíbrio econômico e da qualidade dos serviços. O consumidor mantém uma relação de convivência e dependência com o fornecedor por longo tempo (às vezes por anos a fio), movido pela busca de segurança e estabilidade, pois, mesmo diante da possibilidade de mudanças externas na sociedade, tem a expectativa de continuar a receber o objeto contratualmente previsto. Essa finalidade perseguida pelo consumidor faz com que ele fique reduzido a uma posição de cliente-"cativo" do fornecedor. Após anos de convivência, pagando regularmente sua mensalidade, e cumprindo outros requisitos contratuais, não mais interessa a ele desvencilhar-se do contrato, mas sim de que suas expectativas quanto à qualidade do serviço oferecido, bem como da relação dos custos, sejam mantidas. Também contribui para seu interesse na continuação da relação contratual, a circunstância de que esses serviços (de longa duração) geralmente são oferecidos por um só fornecedor ou por um grupo reduzido de fornecedores, únicos que possuem o poder econômico, o *know how* ou a autorização estatal que lhes permite colocá-lo (o serviço) no mercado. Nessa condição, a única opção conveniente para o consumidor passa a ser a manutenção da relação contratual.

A peculiaridade desses contratos (de prestação de serviços de longa duração), portanto, fez com que aparecesse a necessidade de um avanço ainda maior na teoria contratual, de forma a proteger os consumidores da relação de dependência que adquirem com o fornecedor. A sociedade de consumo no estágio atual, onde os serviços assumem indiscutível importância, pois passam a ser imprescindíveis para a vida e conforto do homem, fomenta o aparecimento desse tipo contratual, socialmente relevante e merecedor de uma nova disciplina, de modo a fornecer respostas equitativas à nova realidade.

Assim, assumindo o *princípio da conservação dos contratos* especial destaque nessa modalidade contratual, cuida-se de evitar que o fornecedor libere-se do vínculo contratual, sempre que este não lhe seja mais favorável ou interessante (rescindindo, denunciando, resolvendo o vínculo, cancelando o plano etc.).

Com esse exato propósito é que sobreveio a regra do artigo 22, X (parte final), do Decreto No. 2.181, de 20 de março de 1997, que, complementando a lista de cláusulas abusivas do art. 51 do CDC, prevê a aplicação de multa ao fornecedor que fizer inserir cláusula que lhe permita, nos contratos de longa duração ou trato sucessivo (inclusive nos que envolvem operação securitária), "o cancelamento sem justa causa ou motivação, mesmo que dada ao consumidor a mesma opção".

Por força dessa norma, passando o contrato de plano ou seguro-saúde a vigorar por prazo indeterminado, é nula (por abusiva) a cláusula que confere o direito de rescisão unilateral e sem direito à indenização à outra parte, através de simples pré-aviso pelo interessado. Tal impedimento ao desligamento do vínculo só cede diante de um justo motivo, devidamente comprovado e que impeça a continuidade das relações obrigacionais em plena comutatividade, como, aliás, está a indicar a própria redação do dispositivo normativo mencionado (art. 22, X, do Dec. 2.181/97).

É importante destacar que essa regra (art. 22, X, do Dec. 2.181/97) aplica-se também aos contratos coletivos de plano de saúde, que, por envolver prestações de trato sucessivo, protraindo-se no tempo, gera a "catividade" ou dependência do segurado empregado. Ao filiar-se a plano dessa natureza, o empregado envolve-se numa relação de confiança com a operadora (e também com a empresa empregadora, no que tange à expectativa de seu cumprimento quanto ao pagamento de sua cota), tornando-se parte "cativa" dessa relação, que não pode sofrer solução de continuidade, sob pena de levá-lo (o segurado) à uma situação de insegurança e instabilidade.

Tanto é verdade que os contratos coletivos de plano de saúde merecem o mesmo tratamento, quanto à indeterminação do prazo de vigência, que a Lei 9.656/98, que regulamentou a prestação dos serviços de saúde suplementar, não distinguiu entre contratos individuais e coletivos, juntando-os em um único conceito ("plano privado de assistência à saúde"), exposto no inc. I do art. 1º (já na redação da MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001). Além do mais, seu art. 13 explicitou o princípio da *conservação dos contratos* de planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelecendo que "têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação". A MPV n. nº 2.177-44, que deu nova redação ao mencionado art. 13 não alterou essa circunstância, mantendo a mesma unificação de tratamento jurídico quanto a ambas modalidades de planos, quer seja coletivo quer seja individual. Tão-somente, no seu parágrafo 1º, estabeleceu que os contratos individuais devem ter prazo (inicial) mínimo de vigência de um ano⁸[8].

Nesse sentido, todo e qualquer plano coletivo de assistência à saúde deve ser contratado sem determinação de prazo. Se acontecer, no entanto, de ser estabelecido prazo determinado de vigência, a prorrogação do contrato é automática ao final desse prazo, mantendo-se as mesmas normas e condições do instrumento contratual prorrogado. Se a empresa empregadora contratante, ao final desse prazo, não mais desejar permanecer com a obrigação da "co-participação", que é a parte efetivamente paga por ela como contraprestação aos serviços de saúde prestados aos seus empregados, pode livrar-se do vínculo a partir de então (do término do prazo inicial de vigência), mas a operadora permanece vinculada, sendo obrigada a

oferecer, nesse caso, planos individuais com a mesma amplitude de cobertura, assumindo o empregado o percentual antes suportado pela empresa empregadora.

A abusividade da cláusula de reajustamento pelo critério da “sinistralidade”

Um outro efeito jurídico do enquadramento do plano coletivo de saúde na categoria de contrato de consumo tem a ver com a limitação dos reajustes, imposta no Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90). A operadora não pode reajustar unilateralmente os preços (as mensalidades) pagos pelos segurados, em razão da proibição contida no inc. X do art. 51 desse estatuto.

Em matéria de plano de assistência à saúde, como se sabe, são admissíveis três formas de reajuste, a saber: a) em razão da variação dos custos; b) em função da mudança de faixa etária; e c) mediante revisão técnica. No contrato (plano ou seguro) de assistência à saúde, como em qualquer outro, pode ser convencionado (ou posto em regulamento estatal) o reajustamento dos valores com base em índice adotado oficialmente como padrão de correção monetária, de forma a permitir acompanhar a variação dos custos operacionais. Além do reajuste que objetiva evitar a defasagem dos preços em função da inflação (variação dos custos operacionais), também é admissível que se prevejam as situações e momentos determinados no tempo em que podem ser modificados os valores inicialmente previstos, para atender à peculiaridade da atividade securitária, que se fundamenta na ciência atuarial, onde os custos são dimensionados em função das condições de riscos do bem segurado. Especificamente no contrato de plano de saúde, a idade do segurado (e dos seus dependentes, se for o caso) é o fator mais determinante quando se cuida da assunção, pela seguradora, dos riscos futuros à sua saúde (do segurado), uma vez que é estatística e cientificamente comprovada a maior probabilidade de uma pessoa de idade avançada ser mais suscetível às doenças em geral, necessitando, então, utilizar-se dos serviços de assistência médico-hospitalar com mais frequência. Assim, não se afigura descabida a previsão de modificação dos valores (mensalidades) quando da passagem do usuário para faixa etária mais elevada⁹[9]. As regras para aplicação de reajuste por mudança de faixa etária estão previstas na própria Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), bem como no Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03). Como terceira categoria de reajuste dos planos de saúde, ainda temos a chamada “revisão técnica”, que vem a ser um procedimento excepcional para eliminar ou corrigir situações de desequilíbrio das carteiras mantidas pelas operadoras. Quando o desequilíbrio na carteira de planos de uma determinada operadora atinge patamar tal que possa comprometer sua liquidez e solvência, ela pode recorrer a esse procedimento da “revisão técnica” e, por meio dele, eventualmente ser autorizada a proceder ao “reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias” pagas pelos segurados¹⁰[10].

Acontece que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não controla os reajustes da mesma forma para todo e qualquer tipo de plano. O controle difere de acordo com a modalidade do contrato de prestação de serviços de saúde, ou seja, depende de a contratação se dar de maneira coletiva ou através de contrato individual. A política da ANS é de dar uma maior proteção aos planos contratados por pessoas físicas (planos individuais e familiares), reservando para os coletivos apenas uma atividade de “monitoração”. A justificativa é de que, nos contratos firmados com pessoas jurídicas (planos coletivos e empresariais), são realizadas negociações diretas entre os contratantes. “Nestas negociações, os contratantes têm importante poder de barganha porque a Lei dos Planos de Saúde garante aos usuários destes planos o direito de não terem de cumprir carência antes de poderem receber atendimento à saúde. Assim, o contratante pessoa jurídica pode trocar de operadora sem prejudicar ao grupo de pessoas que representa, caso não concorde com o índice de reajuste pleiteado pela operadora”, conforme consta da justificativa da própria ANS¹¹[11]. Em suma, em razão de enxergar acentuado poder de barganha nas empresas que contratam planos de saúde para seus empregados ou associados – o que, por via reflexa, implicaria em conferir a eles (segurados) uma proteção satisfatória -, a ANS não regulou a forma como se pode implementar alguns tipos

9

10

11

de reajuste. Por exemplo, em relação ao reajuste em função da variação dos custos, a ANS fixa anualmente um índice máximo de aumento das mensalidades que deve ser observado pelas operadoras nos planos individuais. Não faz o mesmo quanto aos planos coletivos; apenas “monitora” os reajustes praticados, exigindo que as operadoras informem os índices adotados. Também no que diz respeito ao reajuste por meio da revisão técnica, a resolução normativa que a ANS baixou sobre o assunto não engloba os planos coletivos¹²[12].

Os contratos coletivos ficam, portanto, livres para incluir regras próprias para esses tipos de reajuste. Para corrigir desequilíbrios decorrentes de variação de custos assistenciais ou da frequência da utilização, as operadoras criaram então mecanismos de reajustes através de cláusulas contratuais que permitem a alteração da mensalidade na hipótese de aumento da “sinistralidade”. A previsão de recálculo do prêmio em função da “sinistralidade” funciona assim: toda vez que o índice de sinistros pagos atinge determinado percentual, em função do prêmio cobrado em período imediatamente anterior (geralmente de três meses), a seguradora fica autorizada a fazer o cálculo de novo prêmio, segundo fórmula prevista na mesma cláusula. A questão é saber se cláusula de tal natureza pode ser livremente inserida nesses tipos de contratos (coletivos).

Parece-nos que não. A validade desse tipo de cláusula pode ser contestada diante de normas superiores de proteção ao consumidor. Como já expusemos acima, o contrato (plano) de prestação de serviços de saúde, ainda que contratado de forma coletiva, por meio da intermediação de empresa que participa diretamente da negociação em favor de seus empregados ou associados, inclui-se na categoria dos contratos de consumo e, assim, está submetido ao regramento maior do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90). Ainda que a agência reguladora que tem o papel de fiscalizar a atuação das operadoras de planos e seguros-saúde – a ANS – não tenha regulado estritamente a forma de reajuste desses contratos, eles não podem ser negociados ao arrepio da legislação e dos princípios de proteção do consumidor.

Nesse sentido, a cláusula que permite o reajuste do prêmio em razão da *sinistralidade* viola a disposição contida no inc. X do art. 51 do CDC, que impede o fornecedor de reajustar unilateralmente os preços (as mensalidades) dos seus serviços. Com efeito, ao submeter o reajuste a fórmula de variação que não permite, ao segurado (consumidor), saber de antemão os seus ônus contratuais, a cláusula é atingida pela mácula da abusividade. É imprescindível que qualquer aumento contratualmente previsto seja veiculado através de fórmula claramente definida, de sorte a fornecer antecipadamente ao contratante que suporta a majoração dos valores uma perfeita noção dos ônus que lhe serão carreados em cada etapa contratual. Limitando-se simplesmente a remeter a fórmula, cujo resultado depende de dados elaborados e manipulados unilateralmente pela operadora, sem prévia definição do percentual do aumento, indiretamente entrega-se ao fornecedor (segurador) o poder de variação do preço contratual, sendo nula de pleno direito tal estipulação, nos termos do art. 51, X, do CDC.

Sobre a cláusula que permite uma revisão unilateral dos preços contratados, em caso de aumento nos preços dos insumos e serviços dos setores relacionados com os serviços objeto de contrato de prestação de serviços de saúde, já tinha assim me manifestado em sede doutrinária:

“A revisão do contrato, quando circunstâncias supervenientes altera a situação inicial de equilíbrio, é direito de qualquer uma das partes, daí porque pode o fornecedor (segurador) perseguir esse direito em juízo, quando ocorre uma excessiva onerosidade em função da variação dos custos iniciais. Havendo elevado aumento nos preços dos produtos e serviços médico-hospitalares, em decorrência de circunstâncias imprevisíveis que provocam alterações profundas em alguns setores da economia relacionados com a prestação de assistência à saúde, onerando em demasia as obrigações contratuais inicialmente assumidas pelo fornecedor, pode este perfeitamente invocar a cláusula *rebus sic stantibus* e pedir a revisão judicial do contrato.

O que não pode, no entanto, é prever potencialmente para si o direito de alteração contratual de forma unilateral, na hipótese de variação dos elementos que influenciam os custos de manutenção da prestação dos serviços assumidos. Essa revisão contratual só pode ser feita em juízo, onde o fornecedor tem de comprovar a quantidade do aumento, para proporcionar ao julgador proceder a uma justa e proporcional majoração das mensalidades. Caso contrário, fica o fornecedor com o poder de apreciar unilateralmente a variação dos custos e decidir, a seu talante, o montante da majoração a ser imprimida ao contrato.

É de fundamental importância e de acentuada conotação sócio-política a aceitação da impossibilidade da revisão unilateral dos valores contratuais, de maneira a se evitar sobretudo uma prática comercial irregular que parece dominar o mercado de seguros. Como forma de captação de clientes, as empresas que exploram os serviços de assistência médico-hospitalar oferecem inicialmente baixos valores para os prêmios dos seguros, mas, gradativamente, aumentam esses valores, justamente amparadas no mecanismo contratual que lhes permite, através do superdimensionamento dos custos dos serviços, praticar a majoração dos preços. Essa prática, manifestamente abusiva e ilegal, deve ser combatida e, mais do que isso, devem ser responsabilizadas as empresas que assim se comportam, através da aplicação de pesadas multas. Alguns dos contratos de seguro-saúde oferecidos no mercado conformam-se em verdadeiras armadilhas para o consumidor: além da baixa qualidade dos serviços que efetivamente proporcionam, sujeitam o segurado, quando já cativo e dependente, à vontade suprema do segurador, sendo-lhe fácil alterar a equação-financeira inicial para aumentar os seus lucros”¹³ [13].

Ainda outro argumento pode ser levantado contra a cláusula que prevê aumento em razão da “sinistralidade”. Ela também pode ser considerada abusiva à luz do inc. IV do art. 51, igualmente do CDC, já que consagra *vantagem exagerada* para a seguradora. De fato, ao permitir que o preço do contrato possa ser reajustado sempre que houver um aumento na utilização dos serviços, a cláusula elimina a característica aleatória do contrato de seguro (plano) de saúde. Como se sabe, através do contrato de seguro o segurador assume a obrigação de garantir a outra parte (o segurado) contra os prejuízos resultantes de riscos futuros, previstos no instrumento contratual mas de acontecimento incerto. É esse evento futuro e incerto que o contrato de seguro garante que mostra sua característica aleatória. O segurado paga o prêmio e o segurador o recebe, ambos sem saber se o evento ocorrerá ou não. Se o segurador adquire o direito de se precaver, mediante aumento automático do prêmio, contra a ocorrência do evento futuro, desaparece a aleatoriedade do contrato. É o que acontece, na prática, com a adoção da cláusula de reajuste por “sinistralidade”. Precavendo-se da eventualidade de ter que arcar com custos acima de um certo patamar, a operadora elimina a aleatoriedade do contrato em relação à sua pessoa, transferindo ônus que, em princípio seria seu, para a outra parte (o segurado). Todos os riscos, que são próprios da atividade securitária, são transferidos para a outra parte, o segurado. Como se vê, a par de criar *vantagem exagerada* para o fornecedor (operadora), por manter os custos de operação em patamar que lhe convenha (eliminada a aleatoriedade própria do contrato de seguro), a cláusula de reajuste baseada na “sinistralidade” também impõe à outra parte (o conjunto de beneficiários do plano) uma onerosidade excessiva, na medida em que a sujeita a aumentos aleatórios, desfigurando o objeto do contrato de seguro. Considerando a natureza e conteúdo do contrato de seguro, é imperativo reconhecer a patente abusividade da cláusula de reajuste em função da “sinistralidade”.

Isso não significa concluir que os contratos de plano de saúde coletivo não possam conter mecanismos de reajustes periódicos. Como qualquer outro contrato de consumo, pode conter cláusula de reajuste, mas desde que o faça de maneira clara, permitindo aos demais contraentes uma perfeita noção dos percentuais de aumento que lhe serão impostos ao longo da sua execução. Sem essa completa e antecipada definição dos deveres e ônus contratuais assumidos, o segurado (consumidor) é colocado em situação de completa submissão diante do fornecedor (operadora do plano).

Não fica descartada, ainda, a possibilidade de ser feita uma revisão judicial do contrato (plano de saúde coletivo). Quando circunstâncias supervenientes alteram a situação inicial de equilíbrio, surge como direito de qualquer uma das partes, daí porque pode o fornecedor (segurador) perseguir esse direito em juízo, quando ocorre uma excessiva onerosidade em função da variação dos custos iniciais. Havendo elevado aumento nos preços dos produtos e serviços médico-hospitalares, em decorrência de circunstâncias imprevisíveis que provocam alterações profundas em alguns setores da economia relacionados com a prestação de assistência à saúde, onerando em demasia as obrigações contratuais inicialmente assumidas pelo fornecedor, pode a operadora perfeitamente invocar a cláusula *rebus sic stantibus* e pedir a revisão judicial do contrato (provando essas alterações).

Essa via da “judicialização do procedimento” de reajuste, no entanto, não é a que oferece melhor solução prática. Os juízes teriam imensas dificuldades para avaliar a justeza e a adequada proporção dos reajustes em cada um dos contratos que fossem levados ao seu conhecimento. Sem o aparato técnico e os recursos hoje existentes na agência reguladora específica para o setor de saúde suplementar (a ANS), o Judiciário se mostraria ineficiente, isso sem contar com o agravamento dos problemas que sua reconhecida morosidade provocaria.

O ideal é que a ANS assuma uma política mais extensa e adequada. A atual política que exerce, no caso dos reajustes dos planos coletivos, limitando-se a um trabalho de “monitoramento”, data vênica deixa muito a desejar. O contrato de plano ou seguro-saúde, seja ele contratado coletivamente ou não, tem forte conotação social, devendo a regulamentação estatal nesse campo ser exercida de maneira mais presente, especialmente no que tange ao aspecto dos reajustes. A política do simples “monitoramento” revela-se, senão uma clara omissão, uma espécie de intencional opção política em favor do setor economicamente mais forte (o conjunto de operadoras e seguradoras de planos de saúde). É mister que a ANS exercite um poder maior de ação e de controle dos preços dos planos coletivos.

Não se diga que a ANS nessa matéria se prende à execução da lei. O comportamento da ANS está mais para uma opção política do que propriamente de cumprimento de uma diretriz legal. Não se nega que, em alguns aspectos, o legislador atribuiu um tratamento claramente diferenciado entre as categorias de planos de saúde¹⁴[14]. Mas no que tange à política diferenciada de controle de reajustes, onde a ANS fixa o teto máximo de reajuste anual do plano de saúde contratado por pessoas físicas (contrato individual ou familiar) e reserva para o contrato coletivo apenas uma tarefa de “monitoramento”, cuida-se verdadeiramente de opção política, pois nada há na lei que imponha ou justifique esse comportamento discriminatório. Observe-se, por exemplo, a questão do reajuste por revisão técnica. Inicialmente, através da Resolução RDC n. 27, de 26 de junho de 2000, a regulamentação do procedimento para esse tipo específico de reajuste abrangia, além dos contratados individualmente, os planos coletivos que não fossem “financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora”. Posteriormente, uma outra resolução (a Resolução Normativa n. 19, de 11 de dezembro de 2002) limitou a previsão regulamentar apenas “aos planos individuais ou familiares e àqueles operados por entidades de autogestão não patrocinada cujo financiamento se dê exclusivamente por recursos de seus beneficiários” (art. 2º.). Como se vê, a prática de controle de reajustes em planos de saúde é matéria afeta exclusivamente ao poder da agência regulamentar do setor de saúde suplementar, que tem deixado transparecer sua opção política de deixar os contratos coletivos fora do alcance do seu poder regulatório.

Deixar essa categoria de plano de saúde fora dos limites dos reajustes fixados anualmente (e mesmo dos procedimentos de revisão técnica), como se disse, não parece ser a melhor política. Isso tem gerado insegurança e conflitos que terminam no Judiciário. Os planos contratados de forma coletiva representam hoje 80% do mercado nacional de planos de saúde¹⁵[15]. As peculiaridades da contração não justificam o tratamento desigual entre os planos, no que se refere ao controle de reajustes, sobretudo no que tange àqueles que são contratados coletivamente (com a intermediação da empresa empregadora) mas são financiados exclusivamente pelos consumidores (segurados). Quer seja participante de um plano coletivo ou

14

15

não, o segurado sempre apresenta vulnerabilidade técnica e inferioridade econômica diante da operadora.

¹⁶[1] Atualmente, na redação dada a esse artigo pela MPV n. 2.177-44, de 24.8.2001, só é feita referência a "plano-referência de assistência à saúde", englobando as duas espécies e tratando-as como única realidade.

¹⁷[2] A MP 1.976, que alterou dispositivos da Lei 9.656/98, inclusive passou a definir os planos e os seguros-saúde como uma categoria contratual única, alterando o art. 1º da referida lei para denominá-los simplesmente de "plano privado de assistência à saúde", definindo-o como a "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 e pagamento direto ao prestador", "por conta e ordem do consumidor" (esta parte final foi resultado da MPV n. 2.177-44, de 24.8.2001) (art. 1º, I).

¹⁸[3] Para fins de classificação de planos ou seguros de assistência à saúde comercializados por operadoras, a Resolução CONSU n. 14, publicada no DO n. 211, de 04.11.98, segmentou-os em: a) de *contratação individual ou familiar*; b) de *contratação coletiva empresarial*; e c) de *contratação coletiva por adesão* (art. 1º). A primeira espécie, plano de saúde de *contratação individual*, caracteriza-se como sendo o plano ou seguro de assistência à saúde "oferecido no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem grupo familiar" (art. 2º da Res.). Ainda dentro da modalidade de plano individual, situa-se o plano *familiar*, que se caracteriza "quando facultada ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar" (art. 2º, par. únic.). A categoria de *contratação coletiva empresarial* abrange os planos de saúde "que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica" (art. 3º). A terceira e última modalidade de plano de saúde, o de *contratação coletiva por adesão*, é aquele "que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados" (art. 4º).

¹⁹[4] A circunstância de os contratos privados de assistência à saúde gozarem de uma regulamentação específica, na Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, bem como através das resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não afasta a conclusão de que fazem parte efetivamente da categoria dos contratos de consumo. O Código de Defesa do Consumidor (Lei 9.078/90) permanece como uma lei básica, de caráter geral. É o mesmo fenômeno que acontece em relação a outras subespécies de contratos de consumo, a exemplo dos contratos bancários, de seguro e os que regulam as relações com os concessionários de serviços públicos. Não importa que cada um tenha uma regulamentação específica; o CDC continua como a lei de caráter geral aplicável a todos eles.

²⁰[5] Segundo reportagem publicada no Diário de Pernambuco, do dia 30.07.00, no Caderno de Economia, página B8, realizada pela jornalista Rosa Falcão, sob o título "Plano de saúde perde usuário", o segmento do plano de saúde empresarial é o que mais tem crescido, representando, hoje, 80% de todo o mercado nacional de saúde privada, sendo o restante (de apenas 20%) preenchido pelos planos individuais ou familiares. Esse fenômeno tem ocorrido não somente em função da "co-participação" da empresa empregadora no pagamento de parcela das

mensalidades, mas porque a contratação coletiva tem se mostrado mais proveitosa em certos casos, pois o poder econômico e aglutinador do empregador termina por favorecer os beneficiários diretos - os empregados -, que, de outra forma, teriam que aderir às condições de planos individuais ou familiares oferecidos de forma padronizada pela mesma ou por outra operadora.

²¹[6] Expressão utilizada por Cláudia Lima Marques, *in* Contratos no Código de Defesa do Consumidor, RT, 2^a ed., p. 57.

²²[7] Ao lado dos seguros e planos de saúde, a doutrina identifica como dessa espécie os contratos de fornecimento de água, luz e telefone, os contratos de previdência privada, os contratos de uso de cartão de crédito, os seguros em geral, os serviços de tv a cabo, as relações banco-cliente, dentre outros.

²³[8] É a seguinte a nova redação do Art. 13, dada pela MPV 2.177-44:

Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

²⁴[9] É imprescindível, no entanto, que o aumento contratualmente previsto, nessas hipóteses, o seja em percentuais ou fórmulas claramente definidos, de sorte a fornecer antecipadamente ao contratante (consumidor) que suporta a majoração dos valores uma perfeita noção dos ônus que lhe serão carreados em cada etapa contratual. É isso, aliás, que está expresso na Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98), no seu art. 15, assim escrito: "A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos" (Redação dada pela MPV nº 2.177-44, de 24.8.2001).

²⁵[10] Ver art. 2º. da Resolução Normativa n. 19, de 11 de dezembro de 2002.

²⁶[11] Essa é a justificativa para a política da ANS que está em seu próprio site na Internet – <http://www.ans.gov.br/> ²⁷[12] O art. 2º. da Resolução Normativa n. 19, de 11 de dezembro de

21

22

23

24

25

26

27

Extinção de contrato coletivo de assistência à saúde: obrigação da operadora de oferecimento de planos individuais aos beneficiários

Demócrito Reinaldo Filho

juiz de Direito em Pernambuco, diretor do Instituto Brasileiro de Direito e Política da Informática (IBDI)

1- Introdução

Questão delicada e que tem surgido em meio a discussões nas cortes judiciais diz respeito ao dever (ou não) de renovação contratual por parte operadora de plano ou seguro de assistência à saúde [1], nos casos em que se esgota o prazo inicial de vigência do contrato coletivo, a empresa estipulante se desliga da relação ou simplesmente deixa de pagar a parcela mensal referente à sua "co-participação". As operadoras sustentam que não existe, na Lei específica que regulamenta os planos de assistência à saúde (Lei 9656/98), obrigação de continuidade de prestação de serviços para com os beneficiários, de forma individualizada, quando ocorre de não haver renovação da apólice coletiva com a empresa contratante. Em geral costumam invocar a validade de cláusula que lhes assegura a rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde, mediante simples notificação prévia, ao fundamento de que sendo a contratação coletiva um pacto entre empresas, e conseqüentemente não se aplicando as normas do CDC, não há qualquer abusividade na previsão ao direito de rescisão contratual

Embora existam pronunciamentos judiciais conferindo às operadoras o direito de rescisão do contrato coletivo de assistência à saúde [2], quando esgotado o prazo inicial de vigência, procuraremos demonstrar neste trabalho justamente o contrário, ou seja, de que não pode haver rescisão por falta de interesse da operadora na manutenção do contrato e que, extinto o vínculo desta com a pessoa jurídica estipulante, continua vinculada aos beneficiários do plano, os quais, como terceiros em favor de quem foram estipuladas as condições contratuais, possuem garantias consubstanciadas na continuidade da prestação do serviço de assistência médico-hospitalar.

Veremos que a operadora não pode simplesmente desistir do contrato, vez que, vencido prazo inicial de vigência estabelecido contratualmente, o plano ou seguro coletivo de assistência à saúde se renova automaticamente, sem limite de prazo. Na hipótese de a empresa que assume a "co-participação" no pagamento do plano tornar-se inadimplente, deixando de pagar a parcela (ou parcelas) do prêmio a que está obrigada, ou quando simplesmente manifesta sua intenção de não mais permanecer como estipulante, a operadora assume a responsabilidade de disponibilizar planos de saúde individuais para os segurados, com o mesmo padrão de atendimento e cobertura, desde que estes complementem o preço, assumindo integralmente os custos com o pagamento da mensalidade.

Esses direitos do beneficiário de planos ou seguros de assistência à saúde da categoria de *contratação coletiva* decorrem do conjunto de normas predispostas tanto no Código de Defesa do Consumidor quanto na Lei 9.656/98, como a seguir ficará evidenciado.

2- Plano de assistência à saúde de contratação coletiva e sua subsunção às normas do CDC

Como se sabe, para fins de classificação de planos ou seguros de assistência à saúde comercializados por operadoras, estes foram segmentados em: a) de *contratação individual ou familiar*; b) de *contratação coletiva empresarial*; e c) de *contratação coletiva por adesão* [3]. A primeira espécie, plano de saúde de *contratação individual*, caracteriza-se como sendo o plano ou seguro de assistência à saúde "oferecido no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem grupo familiar" [4]. Ainda dentro da modalidade de plano individual, situa-se o plano *familiar*, que se caracteriza "quando facultada ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar" [5]. A categoria de *contratação coletiva empresarial* abrange os planos de saúde "que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica" [6]. A terceira e última modalidade de plano de saúde, o de *contratação coletiva por adesão*, é aquele "que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados" [7].

Quer se trate de plano/seguro de contratação individual ou de contratação coletiva, o usuário terá sempre em seu favor as normas de proteção do CDC, pois ambos são típicos contratos de consumo. Os direitos do segurado em contrato (plano) coletivo de assistência à saúde são praticamente idênticos àqueles decorrentes da contratação direta individual, resumindo-se no direito que ele tem de exigir o cumprimento das normas e condições pactuadas. Em termos de regulamentação, o *plano coletivo de assistência à saúde* encontra-se no mesmo plano das demais relações contratuais de consumo, no que diz respeito à aplicação das normas de proteção do consumidor, em especial o CDC. Trata-se de negócio jurídico em que uma das partes assume a obrigação de prestar serviços em favor de pessoa indicada pelo outro contratante (estipulante), mediante remuneração, enquadrando-se perfeitamente nos conceitos legais de *consumidor* e *fornecedor* (arts. 2º. e 3º. do CDC) - que definem a natureza da relação contratual de consumo. O segurado (beneficiário) é consumidor, pois utiliza os serviços na condição de *destinatário final* (art. 2º.), enquanto que a operadora do plano se enquadra na definição de fornecedor, uma vez que presta serviços (art. 3º.) de assistência à saúde (do segurado), sendo esses serviços prestados mediante remuneração (par. 2º. do art. 3º.). Não há dúvida, assim, de que o plano de saúde coletivo reveste todas as características de um típico *contrato de consumo* e, como tal, deve ser regido pelas normas do CDC.

A forma da contratação, com a intermediação do estipulante, no intuito de criar o vínculo jurídico que liga a operadora aos segurados (consumidores), não descaracteriza a natureza consumerista do ajuste [8]. A relação contratual que se forma do acordo de vontades entre o empregador e a operadora do plano com o intuito de criar um vínculo jurídico, tem a finalidade de estabelecer o dever de prestar um benefício

(assistência à saúde) a terceiros, inicialmente estranhos ao contrato, mas que posteriormente, quando manifestam sua concordância com o negócio entabulado pelas outras duas partes, passam a ser credores concorrentes de uma delas (a operadora). Assim, a circunstância de os beneficiários do plano coletivo não participarem inicialmente na formação do vínculo, não lhes retira quaisquer direitos que teriam acaso fizessem a contratação diretamente, na forma de planos individuais. Os consumidores não intervêm na formação do vínculo contratual, pois a contratação não é feita por eles, e sim pela empresa empregadora (ou entidade representativa deles), mas os direitos que nascem da contratação, dentre os quais o de auferir prestação continuada de serviços e cobertura de custos de assistência à saúde, reverterem em favor deles. O sujeito de direito dessa relação contratual é o empregado (segurado) e, como tal, pode exigir o cumprimento das normas e condições pactuadas no contrato, conforme já proclamado pela jurisprudência do STJ:

"PROCESSO CIVIL. LEGITIMIDADE AD CAUSAM. BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE. O beneficiário de plano de saúde, seja por contratação direta, seja por meio de estipulação de terceiros, tem legitimidade para exigir a prestação dos serviços contratados; se o ajuste contiver cláusula abusiva, poderá também contrastá-la, como resultado da premissa de que os contratos não podem contrariar a lei, no caso o Código de Defesa do Consumidor. Embargos de declaração rejeitados. (STJ, Embargos de Declaração no Ag. 431464/GO, rel. Min. Ari Pargendler).

Por outro lado, a circunstância de os contratos privados de assistência à saúde gozarem de uma regulamentação específica, na Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, bem como através das resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, não afasta a conclusão de que fazem parte efetivamente da categoria dos contratos de consumo. O Código de Defesa do Consumidor (Lei 9.078/90) permanece como uma lei básica, de caráter geral. É o mesmo fenômeno que acontece em relação a outras subespécies de contratos de consumo, a exemplo dos contratos bancários, de seguro e os que regulam as relações com os concessionários de serviços públicos. Não importa que cada um tenha uma regulamentação específica; o CDC continua como a lei de caráter geral aplicável a todos eles.

3- A indeterminação de prazo dos planos coletivos de saúde, sua origem no princípio da conservação dos contratos e a abusividade da cláusula que autoriza sua rescisão unilateral

Uma vez definido que o CDC tem caráter de norma geral aplicável a todos contratos de consumo, veremos que os planos de saúde estão submetidos a certos princípios que regulam as relações consumeristas, em especial o *princípio da conservação dos contratos*, que tem aplicação mais especificamente voltada para os contratos de longa duração. Além da contratação coletiva - assim entendida aquela feita por meio de uma empresa estipulante (empregadora ou representativa de classe) - criar vínculos contratuais com os próprios segurados/beneficiários, a continuidade da prestação dos serviços como obrigação da operadora mesmo após o prazo inicial de vigência do

contrato (ou retirada do estipulante) emerge em consequência desse princípio, que se caracteriza pela perpetuidade do vínculo contratual.

Com efeito, uma vez expirado o prazo inicial de vigência de contrato dessa natureza, as partes contratantes - a empresa empregadora e a operadora do plano - não se liberam "ad nutum" do liame obrigacional, pois a extinção do vínculo contratual depende do consentimento dos segurados (os empregados, pessoas físicas). O vínculo jurídico que prende as partes não se esvanece com o simples atingimento do termo final, do prazo inicial de vigência da relação contratual. Os efeitos jurídicos em contrato dessa natureza expandem-se e perpetuam-se no tempo, havendo uma continuidade, uma renovação automática das condições e normas contratuais. Isso se deve ao *princípio da conservação dos contratos* de consumo de longo prazo (ou, na terminologia cunhada por Cláudia Lima Marques, "contratos cativos de consumo").

Realmente, a consequência lógica do princípio da conservação dos contratos é a indeterminação de prazo do contrato de plano de saúde. O fenômeno da catividade [9] intrínseca a esses contratos faz com que a operadora de plano de saúde não possa se desligar unilateralmente do vínculo contratual, resultando na impossibilidade da cessação da prestação de serviços ao segurado.

Segundo ensina Antônio Joaquim Fernandes Neto [10], os contratos de planos de saúde são "contratos atípicos, de prestação de serviços. São contratos de adesão, sinalagmáticos, onerosos e formais, e execução diferida e prazo indeterminado" (grifô nosso). Cláudia Lima Marques ainda destaca o aspecto da cooperação para fundamentar a indeterminação de prazo que caracteriza os contratos de assistência à saúde. Ensina ela que os contratos dessa espécie são "contratos de cooperação", no sentido de que a operadora tem o dever de solidariedade com os consumidores, de cooperação para a manutenção dos vínculos e do sistema suplementar de saúde, de forma a possibilitar a realização das expectativas legítimas do contratante mais fraco. A citada autora explica que, nesse tipo de contrato peculiar, a manutenção do vínculo é o interesse prevalente e abusivas são as cláusulas que permitem rescisão, denúncia ou cancelamento do contrato, "face ao passar do tempo e às anteriores contribuições dos consumidores justamente para assegurar segurança em caso de um futuro evento saúde. Continua explicando que "com o avançar da idade do consumidor, com o repetir de contribuições ao sistema e com o criar de expectativas legítimas de transferência de riscos futuros de saúde, os consumidores só têm a perder saindo de um plano. Assim, por exemplo, passados mais de 15 anos de convivência e cooperação contratual, rescindir o contrato ou terminar a relação contratual seria altamente negativo para os consumidores. Há o dever de boa-fé de cooperar para a manutenção do vínculo e para a realização das expectativas legítimas dos consumidores" [11].

A consequência dessa vulnerabilidade especial criada pela catividade e a necessidade de determinar a abusividade de cláusulas de fim de vínculo concorreram para a positivação do princípio da conservação dos contratos. Para evitar que o fornecedor se libere do vínculo contratual, sempre que este não lhe seja mais favorável ou interessante (rescindindo, denunciando, resolvendo o vínculo, cancelando o plano etc.), sobreveio a regra do artigo 22, X (parte final), do Decreto No. 2.181, de 20 de março de 1997, que, complementando a lista de cláusulas abusivas do art. 51 do CDC, prevê a aplicação de multa ao fornecedor que fizer inserir cláusula que lhe permita, nos contratos de longa

duração ou trato sucessivo (inclusive nos que envolvem operação securitária), "o cancelamento sem justa causa ou motivação, mesmo que dada ao consumidor a mesma opção".

Por força dessa norma, passando o contrato de plano ou seguro-saúde a vigorar por prazo indeterminado, é nula (por abusiva) a cláusula que confere o direito de rescisão unilateral e sem direito à indenização à outra parte, através de simples pré-aviso pelo interessado. Tal impedimento ao desligamento do vínculo só cede diante de um justo motivo, devidamente comprovado e que impeça a continuidade das relações obrigacionais em plena comutatividade, como, aliás, está a indicar a própria redação do dispositivo normativo mencionado (art. 22, X, do Dec. 2.181/97).

É importante destacar que essa regra (art. 22, X, do Dec. 2.181/97) aplica-se também aos contratos coletivos de plano de saúde, que, por envolver prestações de trato sucessivo, protraindo-se no tempo, gera a "catividade" ou dependência do segurado empregado. Ao filiar-se a plano dessa natureza, o empregado envolve-se numa relação de confiança com a operadora (e também com a empresa empregadora, no que tange à expectativa de seu cumprimento quanto ao pagamento de sua cota), tornando-se parte "cativa" dessa relação, que não pode sofrer solução de continuidade, sob pena de levá-lo (o segurado) à uma situação de insegurança e instabilidade.

A jurisprudência ainda vai mais longe, identificando na regra do art. 51, inc. IV – regra geral de abusividade - a fonte legal para a invalidação de cláusulas de fim de vínculo. A idéia é de que a cláusula que permite a rescisão unilateral do contrato de assistência à saúde viola regras do Código de Defesa do Consumidor, por conferir vantagem exagerada em favor da operadora do plano, colocando por outro lado o consumidor em posição de desvantagem acentuada, além de se mostrar incompatível com a boa-fé.

Expressivos desse entendimento são os seguintes arestos:

Apelação Cível. Plano de saúde. Rescisão unilateral.
Decretação da nulidade de cláusula contratual que determina possibilidade de rescisão unilateral pelo plano de saúde, forte no art. 51, incisos IV e XV, do Código de Defesa do Consumidor, posto que abusiva.
Determinada a manutenção do contrato por prazo indeterminado. Apelo provido (Ap. Cív. n. 70006464176, 6ª. Câm. Cív., TJRS, rel. Ney Wiedemann Neto, j. 02.03.06).

"Inexistindo mora ou descumprimento da obrigação por parte do contratante, ou qualquer motivo razoável para a rescisão, e havendo quebra insuportável da equivalência ou frustração definitiva da finalidade contratual objetiva, que não pode existir em contratos de assistência médica, de eminente caráter público, não pode ser a rescisão unilateral por parte da contratada permitida, revelando-se abusiva a cláusula que permite" (RJTAMG 74/237).

O próprio STJ já decidia sobre a impossibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde:

"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" (STJ, REsp 602397-RS, rel. Min. Castro Filho, 3ª. Turma, DJ 01.08.2005, p. 443).

3.1 O princípio da conservação dos contratos na Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98)

A Lei 9.656/98, que regulamentou a prestação dos serviços de saúde suplementar, em seu art. 13 explicitou o princípio da *conservação dos contratos* de planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelecendo que "têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação".

Arnaldo Rizzardo comenta esse artigo assinalando o seguinte:

"Torna-se obrigatória a renovação do contrato após o vencimento. Não assiste à operadora a simples recusa em continuar o contrato. Aliás, uma vez celebrado um primeiro contrato, nem mais caberia a renovação, ou nem precisaria colocar nele um prazo de duração. Unicamente ao associado ou segurado reconhece-se o direito de continuar na contratação. Pare ele apenas teria sentido a colocação de um prazo de duração como faculdade para não mais renová-lo se lhe faltar interesse.

Um entendimento diferente pode levar as seguradoras a fixar prazos inferiores ao próprio período de carência, com a rescisão mesmo antes de o consumidor iniciar a usufruir todos os benefícios.

O art. 13 da Lei n. 9.656 revela-se claro a respeito: Os contratos de plano de assistência à saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação" [12].

Assim, se o CDC já continha linhas de manutenção do vínculo e proibição de cláusulas rescisórias em contratos de saúde coletivos, hoje há uma complementaridade entre o Código (lei geral) e a lei especial (Lei 9.656/98).

Há quem sustente que a regra da renovação automática, tal qual prevista no art. 13, somente tem aplicação em relação aos planos de saúde de contratação individual, em razão da norma do parágrafo único, inciso II, do mesmo artigo, que faz referência expressa somente a essa categoria. Existe inclusive jurisprudência apoiando essa interpretação [13]. Todavia, a despeito desses posicionamentos, resta evidente que a regra da indeterminação de prazo aplica-se indistintamente aos contratos coletivos e aos contratos individuais de assistência à saúde.

A melhor técnica legislativa ensina que o parágrafo é sempre referente à regra da cabeça do artigo, podendo exprimir tanto um complemento, uma explicação ou uma exceção. No caso do art. 13 a regra da indeterminação do prazo está contida no seu *caput*, que não faz distinção entre contratos negociados coletiva ou individualmente, nos seguintes termos:

"Art. 13. Os contratos de produtos que tratam o inciso I e o § 1º. do art. 1º. desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou de qualquer outro valor no ato da renovação" [14].

Observe-se que a regra transcrita, ao se referir aos "contratos" (no plural) submetidos à renovação automática, não separa as categorias de plano, o que só ocorre a partir do parágrafo primeiro e seus incisos, estes, sim, de aplicação restrita aos planos contratados individualmente. A unificação de tratamento jurídico quanto a ambas as modalidades só cede a partir daí, onde foram estabelecidas regras específicas, dentre elas a do prazo mínimo de vigência (inicial) de um ano (para o plano individual).

Por força dessa norma contida no *caput* do art. 13 da Lei 9.656/98, a operadora não pode simplesmente desistir do contrato, vez que, exaurido o prazo inicial de vigência estabelecido contratualmente, o plano ou seguro coletivo de assistência à saúde se renova automaticamente, sem limite de prazo

4. A regra dos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98

A importância da manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos foi uma preocupação do legislador, ao estabelecer o marco regulatório da prestação dos serviços de saúde suplementar. Na Lei n. 9.656/98, de fato, encontramos duas situações específicas em que o legislador revelou sua preocupação em não deixar desamparado o contribuinte de plano coletivo. A primeira é a perda do vínculo trabalhista (rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa), disciplinada no art. 30, e, a segunda, refere-se à hipótese de aposentação do empregado. Em ambas as situações, é garantida ao contribuinte o direito de manter a condição de beneficiário, nas mesmas condições anteriores à dispensa ou aposentadoria (desde que preenchidas algumas condições).

Essas regras, como se disse, revelam a preocupação do legislador em não deixar desamparado o consumidor de plano de saúde na modalidade de contratação coletiva. O legislador teve em mente a intenção de prolongar a obrigação da operadora, quanto à continuidade na prestação dos serviços ao empregado demitido ou aposentado, de forma a não frustrar suas expectativas de segurança quanto à eliminação de riscos à sua saúde, que tinha ao ingressar no contrato coletivo. O legislador, é sabido, não incluiu regra protetiva semelhante para os casos da própria extinção do contrato coletivo, obrigando a operadora a oferecer planos individuais aos beneficiários originários (do plano coletivo). Certamente não divisou, na época da edição da lei, que a extinção do contrato coletivo por desligamento da empresa empregadora (estipulante) poderia vir a ser situação com certa frequência. Mas, ainda que não tenha feito referência expressa à

hipótese de extinção do contrato coletivo, por retirada ou inadimplência da empresa estipulante, ao Juiz cabe aplicar o mesmo princípio protetivo presente nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, utilizando-se de interpretação analógica. O Juiz não pode se substituir ao legislador, mas quando este não regula situação específica, aquele pode formular a regra de direito aplicável ao caso concreto, recorrendo à analogia, como lhe permite o art. 126 do CPC.

A necessidade de se proteger o consumidor de plano coletivo extinto reclama a aplicação, por analogia, dos dispositivos legais que lhe conferem continuidade na fruição dos serviços de saúde a cargo da operadora. Para evitar que certos eventos, a exemplo do desligamento da empresa estipulante, coloquem em risco a continuidade e qualidade do atendimento à saúde dos usuários, o jurista tem que fazer opção pela construção da solução jurídica mais justa.

5. A Resolução n. 19 do CONSU

Ainda que o legislador brasileiro, ao regular os planos e seguros privados de assistência à saúde, não tenha tratado da situação específica da extinção do plano por desligamento ou inadimplência da empresa ou associação estipulante, os princípios e regras de proteção ao consumidor impõem a continuidade da prestação dos serviços a cargo da operadora, por meio de oferecimento de apólices individuais aos beneficiários titulares do plano extinto.

O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão instituído pela Lei n.º 9.656/98, para desempenhar as atribuições normativas da prestação do serviços de saúde suplementar – antes da criação da ANS [15] -, levou em consideração a importância da manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos e baixou resolução estabelecendo como obrigação das operadoras a absorção do universo de consumidores oriundos de planos coletivos liquidados ou encerrados. De fato, a Resolução n. 19 do CONSU [16] estabelece no seu art. 1º. que:

"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".

O parágrafo segundo desse mesmo artigo estende a obrigação da operadora, quanto à continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, a todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Como se vê, se por qualquer motivo o plano coletivo vem a ser encerrado, aos beneficiários deve ser assegurada a opção pela continuidade da prestação dos serviços em planos individuais, devendo o empregador (estipulante) informar aos seus

empregados no prazo oportuno para que possam exercer essa opção (art. 2º. e parágrafo único).

A Resolução n. 19 do Consu contém apenas um único dispositivo que deve ser afastado, por ser contrário às disposições e princípios da Lei 9.656/98 e do CDC. Trata-se do seu art. 3º., que dispensa da obrigação da continuidade da prestação dos serviços, em caso de cancelamento do contrato coletivo, as operadoras que não mantenham plano na modalidade individual ou familiar. Tal artigo é incompatível com o princípio da conservação do contrato de consumo de longa duração e representa uma válvula de escape para operadoras, para fugirem às suas obrigações de continuidade da prestação do serviço de assistência à saúde. Entendemos inclusive que a ANS deve negar autorização para funcionamento de operadora que pretenda atuar no mercado somente oferecendo plano de contratação coletiva, justamente para evitar prejuízo para consumidores em caso de cancelamento do plano.

6. O dever da operadora de oferecer planos individuais na hipótese de cancelamento do contrato coletivo - a posição da jurisprudência

A jurisprudência mais abalizada já vem reconhecendo que a operadora, em todo e qualquer caso em que ocorra o encerramento ou cancelamento do plano coletivo, por razões outras que não a falta de pagamento ou desistência por parte dos beneficiários, está obrigada a dar continuidade à prestação dos serviços de assistência à saúde, através de novos planos individuais. Expressiva dessa posição é o aresto abaixo ementado:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL – CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE – NOVA CONTRATAÇÃO – MERA CONTINUAÇÃO DO CONTRATO ORIGINALMENTE PACTUADO – APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA DO PLANO ANTERIOR.

Quando há encerramento do plano de saúde coletivo e esse vem a ser cancelado, tem o segurado o direito de optar pela continuação de cobertura de plano individual. As empresas que atuam no setor de planos de seguro e assistência à saúde suplementar devem garantir ao consumidor, no caso de cancelamento de seguro de saúde empresarial, um plano de saúde individual ou familiar e aproveitar o prazo de carência já contado durante o plano de saúde empresarial. Recurso improvido. Unânime (TJDF, Ap. Cív. 2001.01.1.103462-7, 6ª. Turma Cível, rel. Des. Otavio Augusto, j. 08.11.04).

7. Conclusão

A operadora não se libera do vínculo com os beneficiários do plano, vínculo esse criado com a contratação original, mas que se perpetua em relação a cada um dos consumidores. O plano coletivo, embora negociado e contratado exclusivamente com a

empresa estipulante, gera um vínculo para com outras pessoas, os segurados, que têm direitos de exigir a prestação dos serviços contratados em seu favor.

Quando a empresa que assume a "co-participação" no pagamento do plano torna-se inadimplente, deixando de pagar a parcela (ou parcelas) do prêmio a que está obrigada, a operadora assume a responsabilidade de disponibilizar planos de saúde individuais para os segurados, com o mesmo padrão de atendimento e cobertura, desde que estes complementem o preço, assumindo integralmente os custos com o pagamento da mensalidade. Se ocorre, por outro lado, a hipótese de a empresa empregadora contratante, ao final do prazo inicial de vigência do contrato coletivo de saúde, não mais desejar permanecer com a obrigação da "co-participação" - que é a parte efetivamente paga por ela como contraprestação aos serviços de saúde prestados aos seus empregados -, pode livrar-se do vínculo a partir de então (do término do prazo inicial de vigência), mas a operadora permanece vinculada, com essa mesma obrigação - de oferecer planos individuais aos beneficiários do plano extinto-, com idêntica amplitude de cobertura, assumindo os empregados o percentual antes suportado pela empresa (estipulante) empregadora.

O direito de permanência do vínculo com a operadora, em qualquer caso, se estende aos dependentes dos titulares do plano de saúde coletivo cancelado.

A transferência do contrato coletivo para contratos individuais deve manter integralmente as condições contratuais, sem restrição de direitos ou prejuízos para os beneficiários.

Os novos contratos individuais não podem impor carências ou cobertura parcial temporária aos beneficiários, exceto com relação às carências ainda não cumpridas e coberturas não previstas no contrato coletivo anterior.

Os novos contratos individuais devem incluir cláusula que garanta a manutenção do valor da contraprestação pecuniária que vinha sendo praticada pela operadora anteriormente, por ocasião da vigência do plano coletivo, proporcionalmente a cada beneficiário.

A partir da transferência, os contratos devem obedecer à sistemática prevista para os planos de contratação individual ou familiar, no que se refere ao percentual de reajuste. O reajuste da prestação mensal do plano/seguro saúde, sob a nova apólice, só poderá ocorrer nos mesmos percentuais estabelecidos pela ANS para planos individuais, aplicáveis na data base prevista como de reajuste anual do plano.

Notas

1. Para efeito deste artigo, não fazemos distinção prática ou jurídica entre plano ou seguro saúde, pela razão de que a MP 1.976, que alterou dispositivos da Lei 9.656/98, passou a definir os planos e os seguros-saúde como uma categoria contratual única, alterando o art. 1º da referida lei para denominá-los simplesmente de "plano privado de assistência à saúde", definindo-o como a "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 e pagamento direto ao prestador", "por conta e ordem do consumidor" (esta parte final foi resultado da MPV n. 2.177-44, de 24.8.2001) (art. 1º, I).
2. Faça-se referência a julgado do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte que entendeu pela validade da rescisão de seguro-saúde coletivo por iniciativa da seguradora, em razão da falta de interesse na manutenção da apólice (Agravo de Instrumento n. 2002.002900-4-Natal, 1ª. Câ. Cível, rel. Des. Armando da Costa Ferreira, ac. un., DOE/RN de 12.03.03). Ainda pode ser citado acórdão do Tribunal de Alçada de Minas Gerais, no sentido de que "em se tratando de contrato coletivo, perfeitamente possível a denúncia por parte da seguradora, visto que o art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei 9.656/98 protege somente o contrato individual" (Ap. Cível n. 409.675-1-Belo Horizonte, 6ª. Câ. Cível, rel. Juiz Valdez Leite Machado, ac. un., j. em 27.11.03).
3. Conforme art. 1º da Resolução CONSU n. 14, publicada no DO n. 211, de 04.11.98
4. Art. 2º da Res. Consu 14.
5. Art. 2º, par. únic. da Res. Consu 14.
6. Art. 3º da Res. Consu 14.
7. Art. 4º da Res. Consu 14.
8. A aplicação indistinta do CDC aos planos e seguros saúde de contratação individual ou coletiva está em consonância com as conclusões de artigo que publicamos anteriormente, sob o título "A Natureza Jurídica do Plano de Saúde Coletivo", no site *Jus Navigandi* (www.jus.com.br), em jul. 2004.
9. Sobre essa característica marcante dos planos e seguro saúde, escrevi: "Essa espécie de contrato caracteriza-se por criar uma "catividade" ou dependência dos clientes desses serviços (consumidores). São contratos que envolvem não uma obrigação de dar (para o fornecedor), mas de fazer; normalmente são serviços privados ou mesmo públicos, autorizados pelo Estado ou privatizados, mas sempre prestados de forma contínua, cuja execução se protraí no tempo. Não são simples contratos de trato sucessivo, pois além da continuidade na prestação assume destaque o dado da "catividade". Baseiam-se mais numa relação de confiança, surgida do convívio reiterado, gerando expectativas (para o consumidor) da manutenção do equilíbrio econômico e da qualidade dos serviços. O consumidor mantém uma relação de convivência e dependência com o fornecedor por longo tempo (às vezes por anos a fio), movido pela busca de segurança e estabilidade, pois, mesmo diante da possibilidade de

mudanças externas na sociedade, tem a expectativa de continuar a receber o objeto contratualmente previsto. Essa finalidade perseguida pelo consumidor faz com que ele fique reduzido a uma posição de cliente-"cativo" do fornecedor. Após anos de convivência, pagando regularmente sua mensalidade, e cumprindo outros requisitos contratuais, não mais interessa a ele desvencilhar-se do contrato, mas sim de que suas expectativas quanto à qualidade do serviço oferecido, bem como da relação dos custos, sejam mantidas. Também contribui para seu interesse na continuação da relação contratual, a circunstância de que esses serviços (de longa duração) geralmente são oferecidos por um só fornecedor ou por um grupo reduzido de fornecedores, únicos que possuem o poder econômico, o *know how* ou a autorização estatal que lhes permite colocá-lo (o serviço) no mercado. Nessa condição, a única opção conveniente para o consumidor passa a ser a manutenção da relação contratual" (ob. cit.).

10. Planos de Saúde e os Direitos do Consumidor, Belo Horizonte: Del Rey, 2002. Citado por Cláudia Lima Marques.
11. Contratos no Código de Defesa do Consumidor – O novo regime das relações contratuais. 5ª. Edição. Editora Revista dos Tribunais.
12. Plano de Assistência e Seguros de Saúde. Ed. Livraria do Advogado: Porto Alegre, p. 60/62).
13. Representadas nas seguintes ementas: "PLANO DE SAÚDE – ART. 13, PARÁGRAFO ÚNICO, INCISO II, LEI N. 9.656/98 – CONTRATO COLETIVO INAPLICABILIDADE – DENUNCIA SEGURADORA – POSSIBILIDADE. Em se tratando de contrato coletivo, perfeitamente possível a denúncia por parte da seguradora, visto que, o art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei 9.656/98 protege somente o contrato individual" (Tribunal de Alçada de MG, 6ª. Câmara Cív., Ap. Cív. n. 409.675-1, rel. Juiz Valdez Leite Machado, ac. un., j. 27.11.03) e "SEGURO-SAÚDE – Medida cautelar – Concessão de liminar para determinar a continuidade do contrato de seguro saúde coletivo – Cláusula resolutória expressa – Impedimento legal à rescisão unilateral que somente se aplica à contratação individual ou familiar – Parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/98 – Ausência do *fumus boni iuris* reconhecida – Recurso provido para revogar a decisão que concedeu a liminar" (Agravo de Instrumento n. 255.12-4-SP – 1ª. Câmara de Direito Privado do TJSP, rel. Elliot Akel, m.v., 08.10.02).
14. Redação dada pela MPV n. 2.177-44, de 24.8.2001.
15. A Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, criou a ANS, estabelecendo que essa autarquia especial passasse a desempenhar as funções de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relacionadas à assistência suplementar à saúde (artigos 1º. e 4º.)
16. Publicada no DO n. 57, de 25.03.99."

REINALDO FILHO, Demócrito. Extinção de contrato coletivo de assistência à saúde: obrigação da operadora de oferecimento de planos individuais aos beneficiários. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1185, 29 set. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8983>>. Acesso em:10-07-07.

2002, que regulamenta o procedimento de reajuste por meio da "revisão técnica", estabelece que essa norma aplica-se somente "aos planos individuais ou familiares e àqueles operados por entidades de autogestão não patrocinada cujo financiamento se dê exclusivamente por