

Plano de saúde - Contrato antigo - Mudança de faixa etária - Cláusulas de cancelamento e/ou majoração do valor - Nulidade - Reconhecimento - Discriminação vedada - Violação do princípio da boa-fé objetiva e confiança - Interesse individual homogêneo - Relevância social - CDC - Estatuto do Idoso - Aplicação

Ementa: Rescisão unilateral. Violação ao princípio da boa-fé objetiva e da confiança. Reajuste das mensalidades dos planos de saúde em razão da mudança de faixa etária. Interesse individual homogêneo. Relevância social. Código de Defesa do Consumidor e Estatuto do Idoso. Vedada a discriminação. Sentença mantida.

- Os planos de assistência à saúde são destinados à prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde do consumidor, de modo que a rescisão abrupta do contrato viola o princípio da boa-fé objetiva.

- O usuário que atinge 60 anos, cujo plano de saúde antecede a Lei 9.656/98, está sempre amparado contra a abusividade de reajustes das mensalidades dos planos de saúde com base exclusivamente na mudança de faixa etária, pela própria proteção oferecida pela Constituição Federal, que estabelece norma de defesa do idoso no art. 230, e pelo Código Civil de 1916, que busca o equilíbrio nas relações contratuais.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0145.10.021161-7/002 - Comarca de Juiz de Fora - Apelante: Unimed Seguros Saúde S.A. - Apelada: Terras Dkana Indústria e Comércio Ltda. Relatora: DES.ª SELMA MARQUES

Acórdão

Vistos etc., acorda, em Turma, a 11ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, na conformidade da ata dos julgamentos, à unanimidade, em NEGAR PROVIMENTO.

Belo Horizonte, 16 de novembro de 2011. - *Selma Marques* - Relatora.

Notas taquigráficas

DES.ª SELMA MARQUES (Relatora) - Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença de f. 239/245, que julgou procedente a ação revisional de contrato ajuizada por Terras Dkana Indústria e Comércio Ltda. contra a Unimed Seguros Saúde S.A., para

manter os valores das mensalidades no valor de R\$3.767,04, ressalvada a aplicação do reajuste anual, dentro dos patamares aprovados pela Agência Nacional de saúde; declarar a ilegalidade da aplicação do percentual do reajuste de 33,41% no ano de 2009, bem como condenar a seguradora

à devolução dos valores pagos, em virtude do referido reajuste, praticado no ano de 2009, de forma simples, a ser atualizada pelos índices da Corregedoria-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, desde a data dos respectivos reembolsos, além de juros de 1% ao mês, a contar da citação.

Inconformada, apela a ré às f. 247/273, sustentando que não pode ser obrigada a se vincular *ad eternum* à empresa estipulante. Acrescenta que o prazo de vigência do seguro estava expresso na apólice, podendo haver sua renovação automática desde que não houvesse manifestação contrária da parte ré.

Alega que a não renovação ocorreu pela não aceitação da estipulante sobre a aplicação do reajuste, enfatizando que o prêmio deve ser proporcional ao custo da probabilidade de ocorrência do sinistro.

Defende o percentual de reajuste aplicado. Insurge-se contra a determinação de devolução dos valores pagos a maior em 2009, sustentando que os reajustes são devidos.

Contrarrazões, f. 275/282, pelo desprovimento do recurso.

Conheço do recurso, porque presentes seus pressupostos de admissibilidade.

As partes firmaram contrato de adesão, apólice nº 87.0001.9, em 1º de maio de 1997, com prazo determinado de 12 meses, vigorando por 13 anos, momento em que passaram a existir discordâncias quanto aos valores das mensalidades, o que acabou por gerar o ajuizamento da presente demanda.

A pretensão deduzida na inicial consiste na manutenção dos valores das mensalidades na forma contratada, declaração da ilegalidade do percentual de 33,41% cobrado no ano de 2009, bem como a devolução destes valores. A parte ré, por sua vez, defende o direito de não renovação, argumentando não ser obrigada a permanecer vinculada a um contrato perpetuamente.

O M. Juiz *a quo*, fundamentado na abusividade da cláusula que faculta à operadora a não renovação da apólice, bem como na que estipula o reajuste da mensalidade de acordo com a alteração da faixa etária, e ainda na inexistência da impugnação específica quanto aos demais pedidos, deu total provimento à ação.

Pois bem.

A relação obrigacional existente entre as partes é protegida pelo Código de Defesa do Consumidor e sob suas diretrizes é que devem ser interpretadas as cláusulas do contrato existente entre os litigantes.

Cláudia Lima Marques, em obra intitulada *Contratos no Código de Defesa do Consumidor*, 2. ed., Editora Revista dos Tribunais, demonstra a devida aplicação do referido código em tais contratos:

Resumindo, em todos estes contratos de seguro podemos identificar o fornecedor exigido pelo art. 3º do CDC, e o consumidor. Note-se que o destinatário do prêmio pode ser o contratante com a empresa seguradora (estipulante) ou terceira pessoa, que participará como beneficiária do

seguro. Nos dois casos, há um destinatário final do serviço prestado pela empresa seguradora. Como vimos, mesmo no caso do seguro-saúde, em que o serviço é prestado por especialistas contratados pela empresa (auxiliar na execução do serviço ou preposto), há a presença do 'consumidor' ou alguém a ele equiparado, como dispõe o art. 2º e seu parágrafo único. Portanto, os contratos de seguro estão submetidos ao Código de Proteção do Consumidor, devendo suas cláusulas estar de acordo com tal diploma legal, devendo ser respeitadas as formas de interpretação e elaboração contratuais, especialmente a respeito do conhecimento ao consumidor do conteúdo do contrato, a fim de coibir desequilíbrios entre as partes, principalmente em razão da hipossuficiência do consumidor em relação ao fornecedor.

No caso em exame, a apelada mantém com a requerida, há mais de treze anos, contrato de assistência médico-hospitalar.

Ocorre que a parte autora recebeu nova proposta da seguradora aumentando o valor da mensalidade dos beneficiários e, caso não concordasse com a alteração, seu contrato estaria automaticamente cancelado na data do vencimento, que se daria em 30.04.2010, *vide* f.72.

Evidente a surpresa da requerente, pois, durante os últimos anos, teve o contrato automaticamente renovado e reajustado, conforme pactuado. Não existia qualquer expectativa dos segurados sobre substancial alteração. Ao contrário, a expectativa era que os mesmos contratos continuariam a ser renovado da mesma forma em que o foram.

É importante também esclarecer que a causa de pedir da presente ação se compõe do plano de saúde celebrado antes da vigência da Lei 9.656/98, estando sujeito, portanto, às normas expedidas pela ANS, que preconizam que qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de 60 anos de idade está sujeita à autorização prévia da respectiva agência reguladora, segundo disposto no art. 35-E da lei supra, o qual, diga-se de passagem, está em plena vigência, conforme retirado do *site* atualizado do Planalto.

Assim, mesmo desautorizada pela ANS, a Unimed promoveu o reajuste das mensalidades do plano de saúde em razão da mudança de faixa etária, nos moldes inicialmente contratados, em flagrante abusividade frente aos percentuais incidentes sobre os planos de saúde daqueles que possuem idade acima de 60 anos, o que não pode ser tolerado, em qualquer caso.

Sobre a aplicação das leis no tempo e alegada violação ao art. 6º da LICC, vale transcrever trecho do voto da Ministra Nancy Andrighi, no REsp 809239, que faz oportunas dilações a respeito do tema:

[...] a cláusula de reajuste por faixa etária é de caráter aleatório, cujo aperfeiçoamento condiciona-se a evento futuro e incerto. Explico: não sabemos se o consumidor atingirá a idade preestabelecida na cláusula contratual, que decorre de lei. Dessa forma, enquanto o contratante não atinge o patamar etário predeterminado, os efeitos da cláusula permanecem condicionados a evento futuro e incerto, não se caracterizando o ato jurídico perfeito, tampouco se configurando

o direito adquirido da empresa seguradora, qual seja de receber os valores de acordo com o reajuste predefinido.

No processo em julgamento, tem-se a controvérsia instaurada porque os fatos nascidos na lei antiga, a partir, portanto, da pactuação, produzem efeitos sob a égide da Lei nova. Tal ocorre porque a previsão de reajuste contida na cláusula depende de um elemento básico prescrito na lei, isto é, o direito está dependendo, conforme já mencionado, da ocorrência de um fato futuro e incerto exigido pela lei, e o contrato só poderá operar seus efeitos no tocante à majoração das mensalidades pretendida pela recorrente, quando satisfeita a condição contratual e legal, qual seja completar o segurado do plano de saúde a idade de 60 anos.

Assim, se o implemento da idade, que confere à pessoa a condição jurídica de idosa, realizou-se sob a égide da lei nova, não estará o consumidor usuário do plano de saúde sujeito ao reajuste estipulado no contrato e permitido pela lei antiga. Estará amparado, portanto, pela lei nova.

Por isso, não há violação aos arts. 6º da LICC e 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003, porque a aplicação da lei nova, na hipótese sob julgamento, não prejudica o ato jurídico perfeito ou o direito adquirido.

Prosseguindo-se, pela relevância da questão posta em julgamento, para adentrar na seara de lei que não está em discussão, porque não prequestionada, mas apenas para fins de reforço argumentativo, ressalte-se que o art. 15 da Lei nº 9.656/98 faculta a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos de saúde em razão da idade do consumidor, desde que estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS.

No entanto, o próprio parágrafo único do aludido dispositivo legal veda tal variação para consumidores com idade superior a 60 anos.

E, mesmo para os contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656/98, qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de 60 anos de idade está sujeita à autorização prévia da ANS (art. 35-E da Lei nº 9.656/98).

Sob tal encadeamento lógico, o consumidor que atingiu a idade de 60 anos, quer seja antes da vigência do Estatuto do Idoso, quer seja a partir de sua vigência (1º de janeiro de 2004), está sempre amparado contra a abusividade de reajustes das mensalidades dos planos de saúde com base exclusivamente no alçar da idade de 60 anos, pela própria proteção oferecida pela Lei dos Planos de Saúde e, ainda, por efeito reflexo da Constituição Federal, que estabelece norma de defesa do idoso no art. 230.

Partindo da premissa posta no acórdão impugnado de que a recorrida completou 60 anos na vigência do Estatuto do Idoso, por certo, deve ser-lhe conferida a proteção especial garantida pela lei nova, sem descuidar das salvaguardas aos idosos tais como traçadas em dispositivos legais infraconstitucionais e constitucionais, que já concediam tutela de semelhante jaez, agora robustecida pela lei recente.

Seria muito cômodo às seguradoras que, durante anos a fio, quando o índice de sinistralidade no seguro de vida é sabidamente menor, venham se beneficiar com o recebimento dos prêmios dos seus segurados, para depois, com o passar do tempo e a possibilidade de ocorrência do evento danoso ser mais evidente, simplesmente cancelarem ou não renovarem o contrato de seguro, sem que tenham que oferecer qualquer justificativa plausível.

Verifica-se afronta ao princípio da boa-fé objetiva, que impõe sejam as partes governadas em suas relações pela honestidade e transparência, bem como a ponderação do interesse e das expectativas legítimas e razoáveis do outro.

O art. 51, § 1º, III, do CDC dispõe que a vantagem exagerada se denota considerando a natureza e o conteúdo do contrato, o interesse das partes e as circunstâncias peculiares do caso. O dispositivo contratual estabelece vantagem excessiva ao fornecedor na medida em que permite que mantenha o contrato apenas enquanto lhe for conveniente, onerando o consumidor com o distrato no momento em que a vigência do ajuste lhe for menos lucrativa, contrariando todos os interesses que atraíram o consumidor à formação do acordo.

Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer ministra preciosa lição sobre a matéria, condizente com o princípio da boa-fé objetiva e a finalidade do plano de assistência à saúde, anotando que:

Com efeito, estabelecem os arts. 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor a necessidade da adequação dos produtos e serviços à expectativa legítima do consumidor. É evidente que, ao contratar um plano ou seguro de assistência privada à saúde, o consumidor tem a legítima expectativa de que, caso fique doente, a empresa contratada arcará com os custos necessários ao restabelecimento de sua saúde. Assim, a sua expectativa é a de integral assistência para a cura da doença. As cláusulas restritivas, que impeçam o restabelecimento da saúde em virtude da espécie de doença sofrida, atentam contra a expectativa legítima do consumidor.

Ainda podemos ponderar que há desvirtuamento da natureza do contrato quando uma só das partes limita o risco, que é assumido integralmente pela outra. Enquanto os contratantes assumem integralmente o risco de eventualmente pagarem a vida inteira o plano e jamais beneficiarem-se dele, a operadora apenas assume o risco de arcar com os custos de tratamento de determinadas doenças, normalmente de mais simples (e, conseqüentemente, barata) solução. Portanto, restringir por demais, a favor do fornecedor, o risco envolvido no contrato, implicaria contrariar a própria natureza aleatória do mesmo, infringindo, assim, as normas do inciso IV e § 1º do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor. (*Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. Coords. Cláudia Lima Marques e outros. São Paulo: Ed. RT, 1999, p. 81.)

A propósito:

Ação ordinária revisional - Plano de saúde - Reajuste - Contrato antigo - Limite - Agência Nacional de Saúde. - Em observância aos preceitos do Código de Defesa do Consumidor e para manutenção do equilíbrio contratual entre as partes, não se permite aumentos abusivos em plano de saúde, mesmo que celebrados antes da Lei 9.656/98, tendo em vista a regulamentação da matéria pela Agência Nacional de Saúde, órgão governamental competente para tanto. (TJMG, Ap. 1.0079.04.122907-5/001, Rel. Des. Otávio Portes, 16ª Câmara Cível, data do julgamento: 06.06.2007.)

Ementa: Ação ordinária - Contrato de seguro de vida - Não renovação - Imposição para readaptação a novas propostas - Impossibilidade. - A cláusula que faculta à seguradora

rescindir unilateralmente o contrato por meio de mera notificação é abusiva, ainda que igual direito seja conferido ao consumidor, pois estabelece vantagem excessiva à fornecedora, tendo em vista as peculiaridades do contrato de seguro. Tratando-se de contrato de adesão, que tem como escopo principal a continuidade no tempo, não há como se admitir a rescisão com o intuito de que o segurado contrate novo seguro, em condições mais onerosas. (TJMG, Apelação Cível nº 1.0024.08.121815-8/002, 12ª Câmara Cível, Relator Des. Domingos Coelho, p. em 16.03.2009.)

Dessa forma, entendo nulas as cláusulas que facultam à operadora a não renovação da apólice, bem como o reajustamento das mensalidades em razão da mudança da faixa etária, inviabilizando-se, assim, a rescisão do contrato, bem como o aumento com base nessas disposições.

No que tange à defesa do percentual aplicado no ano de 2009, com a insurgência quanto à devolução dos seus valores, sorte não socorre a apelante, uma vez que, nos termos bem fundamentados pelo Magistrado singular, entendo que, diante da inexistência da impugnação específica, referidos pedidos devem ser acolhidos, nos termos do art. 302 do CPC.

A parte ré em sua defesa não impugnou referidos pedidos, limitando-se a, genericamente, discutir acerca da legalidade da não revogação do contrato em discussão (*vide f. 146/167*), de forma que a procedência dos pedidos é medida que se impõe.

Pelo exposto, nego provimento ao recurso, para manter a r. sentença por seus próprios e jurídicos fundamentos.

Custas recursais, pela apelante.

É como voto.

DES. FERNANDO CALDEIRA BRANT (Revisor) - De acordo com a Relatora.

DES. MARCELO RODRIGUES - De acordo com a Relatora.

Súmula - NEGAR PROVIMENTO.