



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção A da 25ª Vara Cível da Capital

Avenida Desembargador Guerra Barreto - Fórum do Recife, S/N, Ilha Joana Bezerra, RECIFE - PE - CEP:
50080-900 - F:()

Processo nº 0095635-68.2023.8.17_2001

AUTOR(A): -----

REPRESENTANTE: -----

RÉU: SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

SENTENÇA

Vistos e etc.

-----, representado por sua genitora, a Sra. -----, devidamente qualificada na inicial e por meio de advogado habilitado nos autos, propôs esta AÇÃO DE MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE c/c TUTELA DE URGÊNCIA, em face da SulAmérica Companhia de Seguro Saúde, pessoa jurídica de direito privado, igualmente qualificada no feito.

Alegou, a parte autora, em síntese, que é dependente do plano de saúde corporativo de forma ininterrupta, desde 01.08.2017, contudo o plano de saúde seria encerrado em 31.08.2023, o que impactaria no acompanhamento terapêutico que é submetido, tendo em vista que é portador do espectro autista.

Informou, a parte autora, que contactou a parte ré para contratar diretamente perante a Sulamérica, no entanto o plano não oferece tal condição.

Diante disto, a parte autora ingressou com a presente ação, e requereu, em tutela antecipada, que a parte ré ativasse o plano de saúde na modalidade individual, em favor de -----, mantendo-se as coberturas, condições e valores de tabela praticados, bem como garantindo a continuidade ininterrupta do tratamento terapêutico ao qual a PARTE DEMANDANTE já vinha sendo submetida, ao menos até o desfecho desta demanda.

No mérito, requereu a procedência da ação com a confirmação da tutela antecipada.

No id n. 142699887, foi proferida decisão deferindo a tutela antecipada requerida, a fim de ordenar que a ré, no prazo de 48 horas, adotasse as providências necessárias à manutenção da demandante e seus dependentes como beneficiários do plano de saúde referido na inicial, na modalidade individual, nos mesmos termos e condições até então vigentes, mediante pagamento integral pela seguradora da mensalidade respectiva.

A parte ré, no id n. 144234766, apresentou contestação alegando, preliminarmente, a não concessão da justiça gratuita, e, no mérito, a inexistência de qualquer ilegalidade ou abusividade.

Termo de audiência no id n. 149592420, na qual há a informação de que as partes não chegaram a um acordo.

Em despacho de id n. 157871119, determinado que as partes informassem se ainda tinham provas a produzir, bem como se tinham interesse em conciliar o feito.

As partes não solicitaram novas provas.

Alegações finais pela parte ré, no id n. 173857862.

A parte autora apresentou réplica no id n. 173862791 e alegações finais no id n. 173862827.

Manifestação do Ministério Público no id n. 180731486.

É o que importa relatar.

Comporta o feito julgamento antecipado diante dos elementos de convencimento constante dos autos, na previsão do art. 355, I, do Novo Código de Processo Civil.

Primeiramente, faz-se mister registrar que o processo, que nada mais é do que uma relação jurídica, para ter existência válida se subordina a certos requisitos, sem a coexistência dos quais o instrumento da jurisdição não oferece sustentação para a decisão de mérito.

In casu, a parte ré alegou preliminar a qual passo, nesse momento, a decidir.

Impugnação à justiça gratuita

Alegou, a parte demandada, que a parte autora não preenche os requisitos para concessão do benefício da justiça gratuita.

Entendo que não assiste razão a parte demandada.

Prevê o art. 98 do CPC que será necessitado, para fins legais, a pessoa natural ou jurídica com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios

Nesse diapasão, o benefício da assistência judiciária não está atrelado a uma situação de miserabilidade, bastando que o pagamento das custas processuais comprometa o sustento próprio e/ou de familiares.

Verifico que a parte autora juntou declaração de hipossuficiência, no id n. 142044044, e realizou pedido da gratuidade na inicial, fazendo presumir como verdadeira a insuficiência deduzida (art. 99, § 3º do CPC).

Ademais, é ônus do impugnante comprovar a inexistência ou o desaparecimento dos requisitos essenciais à concessão do benefício da assistência judiciária gratuita.

Nesse sentido, é a jurisprudência dos tribunais a que me filio:

APELAÇÃO CÍVEL. IMPUGNAÇÃO À JUSTIÇA GRATUITA. AUSÊNCIA DE CONJUNTO PROBATÓRIO CAPAZ DE DERRUIR A SITUAÇÃO DE HIPOSSUFICIENTE DA IMPUGNADA. DECISUM MANTIDO. RECURSO IMPROVIDO. Tratando-se de impugnação à justiça gratuita, incumbe ao impugnante, conforme determina o art. 7º da Lei n. 1.060/1950, bem como nos termos do art. 333, I, do Código de Processo Civil, apresentar provas capazes de derruir a situação de hipossuficiente da impugnada.

(TJ-SC - AC: 20120093617 SC 2012.009361-7 (Acórdão), Relator: João Batista Góes Ulysséa, Data de Julgamento: 14/08/2013, Segunda Câmara de Direito Civil Julgado)

In casu, verifico que o impugnante não se desincumbiu do ônus de comprovar suas alegações.

Indefiro, assim, a preliminar de impugnação aos benefícios da justiça gratuita.

Passo a analisar o mérito.

O caso em tela envolve hipótese muito comum nos dias atuais. Trata-se da contratação de seguro em grupo, celebrado pelo empregador em benefício de seus empregados. Em tais hipóteses, nascem duas relações jurídicas: a) entre o segurador e o estipulante (empregador); b) entre o segurador e beneficiários (empregados).

Na segunda relação, travada entre o segurador e os beneficiários, não pode haver dúvidas de que estão presentes os dois personagens que caracterizam uma relação de consumo: fornecedor de serviços (operadora de seguro) e consumidor (empregado), tudo nos termos dos artigos 2º e 3º da Lei nº. 8.078/90.

Dito isso, pode-se afirmar que devem ser aplicados à relação jurídica travada entre o autor e a seguradora ré todos os princípios e regras consagrados pelo Código de Defesa do Consumidor (Lei nº. 8.078/90), dentre eles: i) boa-fé objetiva; ii) o equilíbrio nas relações entre fornecedores e consumidores (art. 4º, III); iii) a proteção contra cláusulas abusivas (art. 51).

Dentre as funções da boa-fé objetiva, merece destaque a função de integração, responsável pela criação dos chamados deveres anexos ou laterais, isto é, deveres de lealdade, honestidade, correção, evitando a frustração de uma legítima expectativa por parte do fornecedor.

Nesse contexto, hodiernamente, a obrigação contratual deixa de ser vista sob um aspecto meramente individualista, para ser analisada sob um viés solidário. Daí ensinar CRISTIANO CHAVES DE FARIAS e NELSON ROSENVALD que: "A visão solidária da relação obrigacional porém, demonstra que os contratantes assumirão a postura de parceiros, e não simplesmente de polos opostos em um vínculo negocial. Não há qualquer ingenuidade em supor uma affectio contractus, pois a existência de interesses opostos não impede que cada parte respeite um mínimo ético indispensável de lealdade e cuidado com o outro".

Assim, eventual cláusula contratual que permitisse a rescisão unilateral por parte da operadora do plano de saúde, conforme expõe o autor, representaria evidentemente uma violação à boa-fé objetiva, implicando violar uma justa expectativa do autor.

Uma vez definido que o Código de Defesa do Consumidor tem caráter de norma geral aplicável a todos os 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 alcance 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.

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 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.

Não é por outro motivo que o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº. 8.078/90) reputa como abusivas e nulas de pleno direito, as cláusulas que: "autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor" (art. 51, XI).

Nesse sentido:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER c/c INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RESCISÃO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. NECESSIDADE DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO. FALTA DE OFERTA DE MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL. IMPOSSIBILIDADE DE RESCISÃO UNILATERAL. DANO MORAL CONFIGURADO. Rescisão de contrato de seguro saúde coletivo. Necessidade de se ofertar ao consumidor a contratação de plano individual compatível com o anterior, nos termos da Resolução 19 do CONSU do Ministério da Saúde, e do art. 13 da Resolução Normativa 254 da ANS. Além disso, ainda que se reconheça à operadora do plano de saúde o direito à rescisão do contrato coletivo ou empresarial, os segurados, idosos, sofrem de graves problemas de saúde e estão em tratamento médico contínuo, que não pode ser interrompido. Precedentes do STJ. Manutenção do plano de saúde que se impõe. Dano moral configurado e indenizado razoavelmente em R\$ 10.000,00. Recurso conhecido e não provido. (TJ-RJ - APL: 00552302420208190001, Relator: Des(a). ANTONIO ILOIZIO BARROS BASTOS, Data de Julgamento: 26/04/2022, QUARTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 29/04/2022)

Igualmente merece destaque o teor do artigo 421, do Código Civil, aplicável de maneira subsidiária aos contratos de consumo: "A liberdade de contratar será exercida nos limites da função social do contrato".

Ora, aquele que celebra um contrato de seguro-saúde, o faz justamente para se resguardar dos riscos inerentes ao avançar da idade ou mesmo de alguma eventualidade. Por isso mesmo, não cumpre a função social do contrato de seguro a cláusula que permita ao fornecedor resilir unilateralmente o contrato, deixando o consumidor exposto aos riscos que inicialmente desejou evitar.

A própria Lei nº. 9.656/98, atenta às peculiaridades dos contratos de plano de saúde, determina que:

Art. 13. 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 (...)

II – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Trata-se de providência salutar, pois, do contrário, bastaria que as operadoras de planos de saúde fizessem contratos por períodos determinados e renováveis sucessivas vezes, para que, no momento em que houvesse alta sinistralidade, normalmente quando o consumidor mais precisa, resiliu unilateralmente a avença.

Note-se que tanto faz que seja o seguro individual ou coletivo, porque a alusão a contrato individual, constante do art. 13, parágrafo único, da Lei 9.656/98, deve ser interpretada como falha legislativa, já que não há razão para a discriminação (cf. AC 2002.001.26159/TJRJ, rel. Des. Bernardino M. Leituga, j. 16.1.2003, 16ª CC).

Desta feita, por força dessa norma contida no art. 13 da Lei 9.656/98, 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.

A importância da manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos foi uma preocupação do legislador, ao estabelecer o marco regulatório dos planos e seguros privados de assistência. Na Lei n. 9.656/98, 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 consumidor de plano de saúde na modalidade de contratação coletiva. 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.

In casu, o autor é beneficiário do plano de saúde oferecido pela ré, o que lhe confere o direito à manutenção deste, nas mesmas condições que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, tendo em vista que assumiu integralmente o pagamento das mensalidades a partir da concessão da medida antecipatória.

Depois de todas essas considerações, conclui-se que 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.

Inclusive, anoto que, a parte autora comprovou tratamento médico o qual vem sendo submetido, tendo em vista que é portador do espectro autista, conforme laudo médico de id n. 142042124.

Nesse sentido:

Agravo de Instrumento – PLANO DE SAÚDE - Ação de obrigação de fazer c.c danos morais - Rescisão unilateral de plano de saúde coletivo - Tutela antecipada concedida para que o contrato seja restabelecido em relação ao agravado – Irresignação Requisitos do art. 300 do CPC verificados – Necessidade de manutenção da cobertura ao autor, menor em tratamento contínuo de saúde – Decisão mantida – Recurso desprovido. (TJ-SP - Agravo de Instrumento: 22679429420248260000 Santos, Relator: Moreira Viegas, Data de Julgamento: 18/09/2024, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 18/09/2024)

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

Outrossim, 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.

Ante o exposto, com fundamento no art. 487, I, do CPC, mantenho a decisão concessiva da antecipação dos efeitos da tutela de id n. 142699887, ao tempo em que JULGO PROCEDENTE o pedido inicial para determinar que a seguradora ré, Sul América Companhia de Seguro Saúde, continue a prestar ao autor a assistência médico-hospitalar, nos moldes do mencionado contrato, no segmento escolhido, sob a forma de plano individual ou familiar, sem qualquer tipo de carência, devendo o autor assumir o pagamento integral das mensalidades em idêntico valor ao que até então era praticado, devendo ser emitidos boletos para pagamento das contraprestações mensais correspondentes (sem prejuízo das majorações legais), mantendo a identificação (cartões) do suplicante.

Por força da sucumbência, condeno a parte demandada no pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios que fixo em 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa, o que faço com base no art. art. 85, §2.º, NCPC. Publique-se. Intimem-se.

Após, arquivem-se

Recife, data e assinatura digitais

Assinado eletronicamente por: ANA PAULA LIRA MELO

27/09/2024 17:24:54

<https://pje.cloud.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> ID do documento: 183611716



240927172454389000001791138

IMPRIMIR

GERAR PDF