



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.121.067 - PR (2009/0018858-4)

RELATOR : MINISTRO MASSAMI UYEDA
RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA APOSENTADORIA E PENSÕES DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA - CAAPSMIL
PROCURADOR : RONALDO GUSMÃO E OUTRO(S)
RECORRIDO : JOÃO BATISTA FERREIRA DE PINHO E OUTRO
ADVOGADO : TEREZA CRISTINA MOREIRA MASSANEIRO E OUTRO(S)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO - NORMA OU RESOLUÇÃO RESTRITIVA DE COBERTURA OU RESSARCIMENTO DE EVENTOS - POSSIBILIDADE E NÃO-ABUSIVIDADE - RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

I - Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e no seu conselho deliberativo ou de administração há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam despesas da intermediação.

II - Nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes, pois, quem tem maior salário, contribui com mais para o todo, e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente.

III - A questão ultrapassa a aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor. Nos planos de autogestão, os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas. A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro. A Lei dos planos de saúde dá tratamento diferenciado a essa modalidade (Lei 9.656/98 - art. 10, § 3º).

IV - O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano desse certo. Os associados que seguem e respeitam as normas do plano, arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora.

V - Portanto, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor.

VI - Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, a Turma, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do(a) Sr(a) Ministro(a) Relator(a). Os Srs. Ministros Sidnei Beneti, Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva e Nancy Andriglihi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 21 de junho de 2011(data do julgamento)

MINISTRO MASSAMI UYEDA

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.121.067 - PR (2009/0018858-4)

RELATOR : MINISTRO MASSAMI UYEDA
RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA APOSENTADORIA E PENSÕES DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA - CAAPSMML
PROCURADOR : RONALDO GUSMÃO E OUTRO(S)
RECORRIDO : JOÃO BATISTA FERREIRA DE PINHO E OUTRO
ADVOGADO : TEREZA CRISTINA MOREIRA MASSANEIRO E OUTRO(S)

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO MASSAMI UYEDA (Relator):

Cuida-se de recurso especial interposto pela CAIXA DE ASSISTÊNCIA APOSENTADORIA E PENSÕES DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA - CAAPSMML com fundamento no artigo 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal em que se alega violação do artigo 51, inciso IV, e § 1º, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor, bem como divergência jurisprudencial.

O acórdão recorrido restou assim ementado:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE CONTRATUAL. CAAPSMML. LIMITE DE COBERTURA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE GASTROPLASTIA. PEDIDO INICIAL DEFERIDO. FORMAL INCONFORMISMO. ARGÜIÇÃO DE INAPLICABILIDADE DA LEI 9.656/1998. PERTINÊNCIA. NECESSIDADE, PORÉM, DE OBSERVÂNCIA AO CDC. ART. 51, IV C/C § 1º, III. CLÁUSULA CONTRATUAL ABUSIVA. LIMITE QUE RESTRINGE DIREITO INERENTE A NATUREZA DO CONTRATO. NULIDADE RECONHECIDA. RECURSO NÃO PROVIDO."

Sustenta a recorrente, em síntese, que o termo da cláusula constante no contrato do Plano, que limita a cobertura da cirurgia de gastroplastia, não infringe as disposições do Código de Defesa do Consumidor, pois o consumidor tem pleno conhecimento da referida limitação, desde a data da assinatura do contrato.

Alega a recorrente CAIXA DE ASSISTÊNCIA tratar-se de plano fechado de autarquia municipal, cujo regulamento foi aprovado no Conselho Administrativo da Autarquia, o qual é composto por representantes dos servidores (usuários do plano de saúde), legitimamente eleitos por voto dos demais servidores.

Aduz, ainda, a recorrente CAIXA DE ASSISTÊNCIA que não é de se imaginar que os representantes dos servidores formularam normas para prejudicar a si próprios. Essa restrição é puro reflexo da vontade dos servidores, concretizada através de seus representantes, eleitos democraticamente. Se é intenção estabelecer a cobertura dessa cirurgia a cargo do plano, certo é também que deverá ocorrer uma revisão, a maior, no valor das contribuições mensais, para custear esse novo benefício e manter o equilíbrio econômico e financeiro do Plano, o que parece não ser atualmente a vontade dos servidores, através de seus representantes.

A recorrente CAIXA DE ASSISTÊNCIA aponta como paradigma o



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

julgado no recurso especial 319707/SP, da egrégia Terceira Turma, relatora a eminente Ministra Nancy Andrighi, sessão de 07/11/2002, publicado no DJ de 28/04/2003, no qual houve o entendimento de que *"as cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão."*, o que demonstra não haver abusividade no procedimento adotado pela recorrente.

Ao final, requer o provimento do recurso especial com a reforma da decisão recorrida, declarando-se a legalidade da restrição, devidamente prevista no contrato, acerca da limitação de cobertura da cirurgia de gastroplastia.

A certidão de fl. e-STJ 269 informa que não houve apresentação de contra-razões.

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.121.067 - PR (2009/0018858-4)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO - NORMA OU RESOLUÇÃO RESTRITIVA DE COBERTURA OU RESSARCIMENTO DE EVENTOS - POSSIBILIDADE E NÃO-ABUSIVIDADE - RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

I - Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e, no seu conselho deliberativo ou de administração, há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam despesas da intermediação.

II - Nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes, pois, quem tem maior salário, contribui com mais para o todo, e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente.

III - A questão ultrapassa a aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor. Nos planos de autogestão, os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas. A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro. A Lei dos planos de saúde dá tratamento diferenciado a essa modalidade (Lei 9.656/98 - art. 10, § 3º).

IV - O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano desse certo. Os associados que seguem e respeitam as normas do plano, arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora.

V - Portanto, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

VI - Recurso especial provido.

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO MASSAMI UYEDA (Relator):

O recurso especial merece provimento.

Com efeito.

A questão trazida no recurso especial é de relevante importância e merece sua análise pelo colegiado desta egrégia Terceira Turma.

Dentre os planos de saúde, existe uma categoria a qual pode ser chamada de planos de autogestão ou planos fechados, nos quais não há a presença da comercialização de produtos e a instituição não visa lucros. São planos criados por instituições diversas, governos municipais ou estaduais e empresas, sendo que algumas caixas de assistência existem há décadas e, portanto, anteriores à Lei 9.656/98.

Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e, no seu conselho deliberativo ou de administração, há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam o custo da intermediação.

A participação nos planos de autogestão, por serem fechados, ocorre quando o indivíduo passa a fazer parte do quadro de empregados ou servidores da empresa/órgão que instituiu o plano, tornando-se um associado com direito a votar e ser votado e a exercer cargos dentro da estrutura administrativa.

É comum, nesse tipo de plano, como é o caso do plano de saúde aqui do Superior Tribunal de Justiça, a existência de regras restritivas na cobertura dos eventos, havendo a exigência de participação financeira do usuário em parte do custo dos eventos. Alguns eventos não são cobertos pelo plano e o ressarcimento é mínimo ou inexistente. Isso faz parte do regulamento com vista à manutenção de um custo mensal menor e o equilíbrio atuarial do plano.

Nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes, pois quem tem maior salário, contribui com mais para o todo e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente.

In casu, uma das usuárias do plano de saúde, dependente de um dos associados da CAIXA DE ASSISTÊNCIA, APOSENTADORIA E PENSÕES DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE LONDRINA, solicitou liberação para a realização de cirurgia gastrolástica e teve o seu pedido indeferido, eis que, de acordo com a sua Resolução n. 08/2001, o plano está obrigado a arcar, tão-somente, com R\$2.000,00 (dois mil reais), sendo o excedente de responsabilidade do titular ou usuário.

A sentença de primeiro grau e o egrégio Tribunal estadual entenderam ser nula a limitação de cobertura prevista na referida resolução, aplicando o art. 51 do



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Código de Defesa do Consumidor. Do v. acórdão estadual, extrai-se:

"Logo, faz-se pertinente à observância, além do art. 51, IV, mencionado na decisão guerreada, do § 1º, II do mesmo dispositivo, do Código de Defesa do Consumidor, que determina a nulidade das cláusulas contratuais abusivas, ou seja, daquelas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, in casu, representada por limitação de cobertura que restringe direito inerente à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar o seu objeto, que nada mais é do que o tratamento da saúde, e o equilíbrio contratual."

O v. acórdão recorrido acrescenta, ainda, os seguintes fundamentos:

"A limitação de cobertura prevista na Resolução n.º 08/2001, concernente ao limite de reembolso para a cirurgia a que a autora foi submetida é, pois, indiscutivelmente nula, especialmente no caso em apreço, eis que restou plenamente demonstrada a necessidade de intervenção cirúrgica decorrente de patologia de obesidade mórbida, que vem comprometendo a sua saúde, razão pela qual a sentença desmerece reparos."

Assevere-se, ao final, que os demais argumentos expendidos pela apelante, concernente à possibilidade de regulamentação própria, nos termos da Lei Municipal n.º 5.268/1992, não bastam à reforma da sentença, eis que as regras existentes no Código de Defesa do Consumidor são de ordem pública e, por consequência, de observância obrigatória, não podendo ser derogada por resolução expendida pelo conselho administrativo da CAAPSM."

A questão ultrapassa a aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor. Como visto, trata-se de plano de saúde fechado e administrado paritariamente ou de autogestão e sem fins lucrativos. Nestes casos, os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas. A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro.

O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano se viabilize. Aqueles que seguem e respeitam as normas do plano arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora.

Portanto, dada a singularidade dos planos de autogestão, como é o caso da CAIXA DE ASSISTÊNCIA ora recorrente, não há desequilíbrio contratual ou



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

abusividade na norma/resolução que limita ou restringe a cobertura ou o ressarcimento de eventos, pois não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor, em especial os do art. 51 e a própria Lei dos planos e seguros de assistência à saúde dá tratamento diferenciado a esses planos (Lei 9.656/98 - art. 10, § 3º), *in verbis*:

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...)

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)"

Assim, dá-se, pois, provimento ao recurso especial, na forma da fundamentação acima, para declarar-se que não há abusividade em resolução ou norma de plano de saúde de autogestão que impõe restrições à cobertura ou o ressarcimento de eventos, invertendo-se a sucumbência.

É o voto.

MINISTRO MASSAMI UYEDA

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2009/0018858-4

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.121.067 / PR

Números Origem: 04099561 58105

PAUTA: 21/06/2011

JULGADO: 21/06/2011

Relator

Exmo. Sr. Ministro **MASSAMI UYEDA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MASSAMI UYEDA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **MAURÍCIO VIEIRA BRACKS**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA APOSENTADORIA E PENSÕES DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE LONDRINA - CAAPSMML
PROCURADOR : RONALDO GUSMÃO E OUTRO(S)
RECORRIDO : JOÃO BATISTA FERREIRA DE PINHO E OUTRO
ADVOGADO : TEREZA CRISTINA MOREIRA MASSANEIRO E OUTRO(S)

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Previdência privada

CERTIDÃO

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

A Turma, por unanimidade, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do(a) Sr(a) Ministro(a) Relator(a). Os Srs. Ministros Sidnei Beneti, Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator.