



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.776.047 - SP (2018/0281809-5)

RELATORA : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
RECORRENTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA E OUTRO(S) - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRIDO : C. M. P. ASSESSORIA CONTABIL LTDA
ADVOGADOS : ANGELICA PIM AUGUSTO E OUTRO(S) - SP338362
FILIPE MARTIENA TEIXEIRA - SP356925
PATRICIA SILVA MOTA - SP344832

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE COM MENOS DE TRINTA USUÁRIOS. NÃO RENOVAÇÃO. NECESSIDADE DE MOTIVO IDÔNEO. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS. LEI 9.656/98. RESOLUÇÃO ANS 195/2009 e RESOLUÇÃO ANS 309/2012. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL.

1. O artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98, que veda a rescisão unilateral dos contratos de plano de saúde, não se aplica às modalidades coletivas, tendo incidência apenas nas espécies individuais ou familiares. Precedentes das Turmas da Segunda Seção do STJ.

2. A regulamentação dos planos coletivos empresariais (Lei nº 9.656/98, art. 16, VII) distingue aqueles com menos de trinta usuários, cujas bases atuariais se assemelham às dos planos individuais e familiares, impondo sejam agrupados com a finalidade de diluição do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado em cada um deles (Resoluções 195/2009 e 309/2012 da ANS).

3. Nesses tipos de contrato, em vista da vulnerabilidade da empresa estipulante, dotada de escasso poder de barganha, não se admite a simples rescisão unilateral pela operadora de plano de saúde, havendo necessidade de motivação idônea. Precedente da Terceira Turma (RESP 1.553.013/SP, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJ 20.3.2018).

4. Para a caracterização do dissídio jurisprudencial, é necessária a demonstração da similitude fática e da divergência na interpretação do direito entre os acórdãos confrontados.

5. Recurso especial parcialmente conhecido, ao qual se nega provimento.

ACÓRDÃO

A Quarta Turma, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso e, nesta parte, negou-lhe provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Antonio Carlos Ferreira (Presidente), Marco Buzzi e Raul Araújo votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Luis Felipe Salomão.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Brasília (DF), 23 de abril de 2019(Data do Julgamento)

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI, Relatora



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.776.047 - SP (2018/0281809-5)

RELATÓRIO

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI: Trata-se de recurso especial interposto por Central Nacional Unimed - Cooperativa Central, em face de acórdão assim ementado:

PLANO DE SAÚDE. Rescisão unilateral. Empresa de modestíssimo porte, com cinco usuários, dois deles sócios. Hipótese do denominado “falso coletivo”, além de proteção isonômica aos beneficiários por força do CDC. Precedentes jurisprudenciais. Sentença mantida. RECURSO IMPROVIDO, por maioria.

Alega a recorrente, em suma, violação dos arts. 13, parágrafo único, II, e 16, VII, da Lei n. 9.656/98; 473 do Código Civil de 2002; e 51, XI, do Código de Defesa do Consumidor, além de divergência jurisprudencial.

Sustenta que a rescisão contratual é válida e eficaz, sob o argumento de que efetivada nos termos do contrato celebrado entre as partes, mediante a notificação com antecedência de sessenta dias, bem assim ofereceu à ora recorrida contratação de plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.

Afirma que a legislação de regência admite a rescisão unilateral de contrato coletivo de plano de saúde da modalidade empresarial (hipótese dos autos), restringindo-se a vedação à rescisão aos tipos individuais e familiares.

Contrarrazões da recorrida às fls. 439-461, sustentando a ausência de prequestionamento, inexistência de dissídio demonstrado nos termos regimentais e, no mérito, a improcedência do recurso.

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.776.047 - SP (2018/0281809-5)

RELATORA : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
RECORRENTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA E OUTRO(S) - SP112922
ADVOGADOS : THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550
CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRIDO : C. M. P. ASSESSORIA CONTABIL LTDA
ADVOGADOS : ANGELICA PIM AUGUSTO E OUTRO(S) - SP338362
FILIPE MARTIENA TEIXEIRA - SP356925
PATRICIA SILVA MOTA - SP344832

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE COM MENOS DE TRINTA USUÁRIOS. NÃO RENOVAÇÃO. NECESSIDADE DE MOTIVO IDÔNEO. AGRUPAMENTO DE CONTRATOS. LEI 9.656/98. RESOLUÇÃO ANS 195/2009 e RESOLUÇÃO ANS 309/2012. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL.

1. O artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98, que veda a rescisão unilateral dos contratos de plano de saúde, não se aplica às modalidades coletivas, tendo incidência apenas nas espécies individuais ou familiares. Precedentes das Turmas da Segunda Seção do STJ.

2. A regulamentação dos planos coletivos empresariais (Lei nº 9.656/98, art. 16, VII) distingue aqueles com menos de trinta usuários, cujas bases atuariais se assemelham às dos planos individuais e familiares, impondo sejam agrupados com a finalidade de diluição do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado em cada um deles (Resoluções 195/2009 e 309/2012 da ANS).

3. Nesses tipos de contrato, em vista da vulnerabilidade da empresa estipulante, dotada de escasso poder de barganha, não se admite a simples rescisão unilateral pela operadora de plano de saúde, havendo necessidade de motivação idônea. Precedente da Terceira Turma (RESP 1.553.013/SP, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJ 20.3.2018).

4. Para a caracterização do dissídio jurisprudencial, é necessária a demonstração da similitude fática e da divergência na interpretação do direito entre os acórdãos confrontados.

5. Recurso especial parcialmente conhecido, ao qual se nega provimento.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

VOTO

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI (Relatora): Anoto, inicialmente, que o acórdão recorrido foi publicado na vigência da Lei 13.105/2015, encontrando-se o recurso, portanto, sujeito aos requisitos de admissibilidade do Código de Processo Civil de 2015, conforme Enunciado Administrativo STJ 3/2016.

Observo que a Lei 9.656/98 distinguiu três espécies de regime ou tipo de contratação de plano ou seguro de assistência à saúde: individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão (art. 16, inc. VII, alíneas "a", "b" e "c", com a redação da Medida Provisória 2.177/41, de 2001). Por meio da Resolução Normativa 195, de 14.7.2009, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com base na atribuição que lhe foi conferida pelos arts. 4º, incs. II e X; e 10, inc. II, da Lei 9.961/2000, regulamentou as características dessas espécies de contratos privados de assistência à saúde vigentes no País.

Com efeito, plano individual ou familiar é aquele que oferece cobertura destinada à livre adesão de pessoas naturais, com ou sem inclusão de familiares (art. 3º), sendo lícitas as cláusulas contratuais que estabeleçam prazos de carência e exigências mais severas ou coberturas parciais temporárias para os casos de doenças preexistentes (art. 4º).

O plano coletivo empresarial, por sua vez, tem por finalidade oferecer assistência à saúde ao conjunto de indivíduos ligados a determinada pessoa jurídica por vínculo empregatício ou estatutário, podendo a cobertura abranger sócios, administradores, funcionários demitidos, aposentados, agentes políticos, trabalhadores temporários e estagiários, bem como aos seus respectivos familiares (art. 5º).

No plano coletivo empresarial que seja constituído por, no mínimo, 30 participantes e tendo o beneficiário requerido o ingresso em até 30 dias da celebração do contrato ou de sua admissão nos quadros da contratante, não se admite a exigência de cumprimento de prazo de carência (art. 6º), tampouco a previsão de encargos adicionais ou coberturas parciais temporárias, para os casos de doenças preexistentes (art. 7º).

O plano coletivo por adesão oferece cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos profissionais e entidades de classe, sindicatos, cooperativas e entidades estudantis (art. 9º).

Para as duas espécies de contratação coletiva - empresarial ou por adesão - a referida Resolução 195/2009 proíbe que as operadoras de planos de saúde selecionem riscos entre os beneficiários mediante o acréscimo de exigências diversas das necessárias para o ingresso nos quadros da pessoa jurídica contratante (art. 16).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Permite, todavia, a inclusão de cláusula que preveja o encerramento do contrato ou de suspensão das coberturas, observando-se, no caso de rescisão imotivada, o prazo mínimo de 12 meses de vigência da contratação e a notificação prévia da outra parte, com antecedência mínima de 60 dias (art. 17).

Considero, assim, que a distinção entre os planos individuais ou familiares e as contratações de natureza coletiva concebida pela Lei 9.566/98 e RN - ANS 195/2009 teve por objetivo conferir maior proteção aos titulares de planos individuais, diante da posição de maior vulnerabilidade do consumidor singularmente considerado e, também, inserir mecanismo destinado a permitir que, nos contratos coletivos, a pessoa jurídica contratante exerça o seu poder de barganha na fase de formação do contrato, presumindo-se que o maior número de pessoas por ela representadas desperte maior interesse da operadora do plano de saúde.

De outra parte, o afastamento da exigência de prazo de carência pelos usuários facilita a eventual substituição da operadora do plano de saúde, segundo os mecanismos da livre concorrência de mercado, mediante o cotejo da qualidade dos serviços prestados e preços oferecidos, a serem levados em consideração na contratação e na renovação da apólice.

Ao interpretar as referidas normas legais e regulamentares, a jurisprudência do STJ consolidou-se no sentido de que o artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, que veda a rescisão unilateral dos contratos de plano de saúde, não se aplica às modalidades coletivas, desde que exista previsão contratual, tenha decorrido doze meses da vigência do contrato e a operadora notifique o usuário com no mínimo de 60 dias de antecedência, conforme se observa, dentre muitas outras, nas seguintes ementas:

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. POSSIBILIDADE. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO.

1. É possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde, uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares. Precedentes. 2. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt nos Edcl no ARESP 1.197.972 / SP, Quarta Turma, Relator Ministro Raul Araújo, DJ 20.3.2019)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. ART. 1.022 DO CPC/2015. OMISSÃO NÃO VERIFICADA. RESCISÃO UNILATERAL. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO PELA MANUTENÇÃO DA COBERTURA. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA. REVER O JULGADO. IMPOSSIBILIDADE. ÓBICE DA SÚMULA 7/STJ. CONFIGURAÇÃO DE DANOS MORAIS. QUANTUM INDENIZATÓRIO RAZOÁVEL. MATÉRIA FÁTICO-PROBATÓRIA. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. A alegação de violação ao art. 1.022 do CPC/2015 não ficou configurada, uma vez que o Tribunal de origem examinou, de forma fundamentada, todas as questões submetidas à apreciação judicial na medida necessária para o deslinde da controvérsia, ainda que tenha decidido em sentido contrário à pretensão da recorrente.

2. A orientação jurisprudencial desta Corte Superior é assente no sentido de haver possibilidade de rescisão unilateral do contrato coletivo de plano de saúde, pelo fato de que o disposto no art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares, desde que haja prévia notificação, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (art. 17, parágrafo único, da RN n. 195/2009 da ANS). Na hipótese, contudo, o acórdão consignou expressamente o descumprimento, por parte da operadora de saúde, da obrigação de notificação prévia à autora acerca da ausência de interesse comercial na continuidade do contrato. Ademais, infirmar a referida conclusão encontraria óbice na Súmula n. 7 do STJ.

3. O Tribunal de origem concluiu pela configuração dos danos morais, de forma que não há como rever essa premissa sem proceder ao reexame do conjunto probatório, providência vedada no âmbito do recurso especial, nos termos da Súmula n. 7 do STJ. Em relação ao quantum indenizatório, a jurisprudência desta Corte Superior tem firmado entendimento no sentido de que o valor estabelecido pelas instâncias ordinárias somente deve ser revisto nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou excessiva, em desacordo com os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, o que não ocorre no caso dos autos. Dessa forma, levando-se em consideração as particularidades do caso, verifica-se que a quantia indenizatória fixada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) não se mostra desproporcional, e sua revisão demandaria, inevitavelmente, o reexame de matéria fático-probatória, incidindo, também, a Súmula n. 7 do STJ na



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

hipótese.

4. Agravo interno improvido.

(AgInt no ARESP 1.132.794/SP, Terceira Turma, Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, DJ 13.3.2019)

No caso em exame, todavia, trata-se de hipótese na qual as instâncias de origem, soberanas no exame das provas dos autos, delinearam que, a despeito de se tratar de plano de saúde coletivo empresarial, a estipulante é empresa de pequeno porte, encontrando-se filiadas ao contrato de plano de saúde apenas cinco pessoas, conforme se observa nas seguintes passagens do voto condutor do acórdão recorrido (fl. 383):

Com efeito, colhe-se do processado que a apelante, uma modesta empresa de contabilidade, por mais de 20 anos mantém plano de saúde com a apelada. São cinco pessoas, dois sócios, presumidamente marido e mulher, mais três empregados. Todos eles contam mais de 60 anos de idade (fls.108).

Como se vê, é uma empresa de pequeno porte, à qual se aplica os efeitos danosos de ser atraída pelos benefícios aparentes do que se denominou contrato “falso coletivo”. Ao depois, segundo se verifica das razões de apelação, todos os beneficiários já alcançaram a aposentadoria, de sorte que, mesmo afastada a tese do “falso coletivo”, teriam o direito de continuidade no plano, nos termos do artigo 31 da Lei nº 9656/98.

Anoto que, nessa espécie de contrato, o reduzido número de filiados importaria que a eventual necessidade de tratamento dispendioso por parte de um ou de poucos deles seja dividida apenas entre eles, ensejando a incidência de elevados reajustes no valor das mensalidades e, em consequência, a excessiva onerosidade para o usuário suportar a manutenção do plano de saúde, inclusive em decorrência da reduzida a margem de negociação da empresa estipulante.

Essas circunstâncias tornam as bases atuariais dos contratos de planos de saúde coletivos semelhantes às das modalidades individual ou familiar, sendo essa a razão pela qual a Diretoria Colegiada da ANS, atenta a essas particularidades, editou a Resolução 309, de 24.10.2012, estabelecendo regras de agrupamento de contratos com menos de trinta usuários, quantidade que instituiu como o vetor para apuração do reajuste das mensalidades de cada um dos planos agrupados, nos termos de seus arts. 2º, incs. I e II, 3º e 4º, assim redigidos:



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Art. 2º Para os fins desta Resolução, considera-se:

I - agrupamento de contratos: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;

II - contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, conforme caput e § 1º do artigo 3º, observada a regra prevista no parágrafo único deste artigo;

Art. 3º É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no caput, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

§ 2º Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde para formar o agrupamento de contratos, deverão ser observadas as regras estabelecidas nesta Resolução, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos coletivos.

Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no artigo 5º, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista artigo 6º, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

Concluo, assim, que, para os contratos de planos de saúde coletivos, com menos de 30 usuários, não se admite a simples rescisão unilateral pela operadora de plano de saúde, como pretendeu a ré fazer, por simples notificação destituída de



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

qualquer fundamentação.

Tais contratos devem ser agrupados com a finalidade de redução do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste de cada um deles, com a óbvia finalidade de ensejar a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial da carteira da operadora, evitando, com isso, sejam fadados à extinção, desvirtuando o próprio escopo inerente a contratos de plano de saúde.

Ressalto que esse entendimento foi adotado pela Terceira Turma desta Corte no recente julgamento do REsp. 1.553.013/SP, no qual não admitiu à operadora de plano de saúde a rescisão unilateral imotivada dos contratos de planos de saúde coletivos empresariais com menos de trinta beneficiários, cuja ementa tem o seguinte teor:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SAÚDE SUPLEMENTAR. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. CATEGORIA. MENOS DE TRINTA BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. CLÁUSULA CONTRATUAL. MITIGAÇÃO. VULNERABILIDADE. CONFIGURAÇÃO. CARACTERÍSTICAS HÍBRIDAS. PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO. CDC. INCIDÊNCIA. MOTIVAÇÃO IDÔNEA. NECESSIDADE. REAJUSTES ANUAIS. MECANISMO DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA. IDOSO. PERCENTUAL ABUSIVO. DEMONSTRAÇÃO. QUANTIAS PAGAS A MAIOR. DEVOLUÇÃO. PRESCRIÇÃO TRIENAL. OBSERVÂNCIA.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. As questões controvertidas nestes autos são: se é válida a cláusula contratual que admite a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde coletivo empresarial que contém menos de 30 (trinta) beneficiários e se a devolução das quantias de mensalidades pagas a maior deve se dar a partir de cada desembolso ou do ajuizamento da demanda.

3. É vedada a suspensão ou a rescisão unilateral nos planos individuais ou familiares, salvo por motivo de fraude ou de não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias (art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998). Incidência do princípio da conservação dos contratos.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

4. Nos contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos, admite-se a rescisão unilateral e imotivada após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, desde que haja cláusula contratual a respeito (art. 17, caput e parágrafo único, da RN ANS nº 195/2009).

5. Os contratos grupais de assistência à saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários possuem características híbridas, pois ostentam alguns comportamentos dos contratos individuais ou familiares, apesar de serem coletivos. De fato, tais avenças com número pequeno de usuários contêm atuária similar aos planos individuais, já que há reduzida diluição do risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências. Em contrapartida, estão sujeitos à rescisão unilateral pela operadora e possuem reajustes livremente pactuados, o que lhes possibilita a comercialização no mercado por preços mais baixos e atraentes.

6. Diante da vulnerabilidade dos planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) usuários, cujos estipulantes possuem pouco poder de negociação em relação à operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias, e para dissipar de forma mais equilibrada o risco, a ANS editou a RN nº 309/2012, dispondo sobre o agrupamento desses contratos coletivos pela operadora para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual.

7. Os contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários não podem ser transmudados em plano familiar, que não possui a figura do estipulante e cuja contratação é individual. A precificação entre eles é diversa, não podendo o CDC ser usado para desnaturar a contratação.

8. Em vista das características dos contratos coletivos, a rescisão unilateral pela operadora é possível, pois não se aplica a vedação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, mas, ante a natureza híbrida e a vulnerabilidade do grupo possuidor de menos de 30 (trinta) beneficiários, deve tal resilição conter temperamentos, incidindo, no ponto, a legislação do consumidor para coibir abusividades,



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

primando também pela conservação contratual (princípio da conservação dos contratos).

9. A cláusula contratual que faculta a não renovação do contrato de assistência médica-hospitalar nos contratos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) usuários não pode ser usada pela operadora sem haver motivação idônea.

Logo, na hipótese, a operadora não pode tentar majorar, de forma desarrazoada e desproporcional, o custeio do plano de saúde, e, após, rescindi-lo unilateralmente, já que tal comportamento configura abusividade nos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários.

10. É possível a devolução dos valores de mensalidades de plano de saúde pagos a maior, diante do expurgo de parcelas judicialmente declaradas ilegais, a exemplo de reajustes reconhecidamente abusivos, em virtude do princípio que veda o enriquecimento sem causa. Aplicação da prescrição trienal em tal pretensão condenatória de ressarcimento das quantias indevidamente pagas. Precedente da Segunda Seção, em recurso repetitivo.

11. Recurso especial parcialmente provido.

(DJ 20.3.2018)

Destaco, a propósito, os seguintes fundamentos do substancial voto proferido pelo Relator, Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, aos quais adiro e adoto com razões de decidir:

Ademais, no tocante ao número de beneficiários, os planos coletivos são subdivididos em (i) planos com quantidade inferior a 30 (trinta) usuários e (ii) planos com quantidade igual ou superior a tal limite, cujos regramentos diferem um pouco, como a forma de reajuste e a não exigência de cumprimento de prazos de carência para estes últimos (art. 6º da RN nº 195/2009 da ANS).

Nesse cenário, extrai-se que os contratos grupais com menos de 30 (trinta) beneficiários apresentam características híbridas, pois possuem alguns comportamentos dos contratos individuais ou familiares, apesar de serem coletivos. Com efeito, as avenças coletivas com número pequeno de usuários ostentam atuação similar aos planos individuais, já que há reduzida diluição do risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências. Em contrapartida, estão sujeitos à rescisão unilateral



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

pela operadora e possuem reajustes livremente pactuados, o que lhes possibilita a comercialização no mercado por preços mais baixos e atraentes.

De fato, para os reajustes anuais nos planos privados individuais ou familiares de assistência suplementar à saúde, condicionou-se a sua aplicação à prévia aprovação pela ANS, que divulga, também anualmente, os percentuais máximos de reajuste da contraprestação

pecuniária. Nos planos coletivos, ao contrário, a atuação da Agência Reguladora restringe-se, nesse aspecto, a monitorar o mercado, de modo que os parâmetros para a majoração são decorrentes da livre negociação entre a operadora e a pessoa jurídica estipulante, possuidora, em tese, de maior poder de negociação, a resultar, comumente, na obtenção de valores mais vantajosos para si e seus beneficiários (vide REsp nº 1.568.244/RJ, Rel. Ministro Ricardo Villas

Bôas Cueva, DJe 19/12/2016).

É por isso que a operadora não pode ser obrigada a revisar os preços das contribuições anuais dos planos coletivos segundo índices autorizados pela ANS para os contratos individuais, sobretudo porque os cálculos atuariais e a massa de beneficiários são distintos (cf. Enunciado nº 22 da I Jornada de Direito da Saúde).

Ocorre que, dada a vulnerabilidade dos planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) usuários, cujos estipulantes possuem pouco poder de negociação diante da operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas

não sejam satisfatórias, e para dissipar de forma mais equilibrada o risco, a ANS editou a RN nº 309/2012, dispondo sobre o agrupamento desses contratos coletivos pela operadora para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual.

Confira-se a Exposição de Motivos da aludida Resolução:

(...)

Os contratos coletivos empresariais com menos de 30 beneficiários estão sujeitos à carência, o que aumenta decisivamente o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias. Sendo assim, esses grupos de beneficiários têm menos poder de negociação ou de 'barganha' que os



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

contratos coletivos com 30 ou mais beneficiários.

(...)

Observa-se que os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, devido à pouca quantidade de beneficiários presentes no contrato, têm em sua essência características semelhantes aos planos individuais, no que se refere à diluição de risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências, no caso dos planos empresariais.

Apesar desses contratos coletivos possuírem natureza atuarial similar aos planos individuais, eles estão sujeitos à rescisão unilateral da operadora e possuem reajustes livremente estabelecidos.

Como os contratos de planos coletivos têm o reajuste estabelecido através da livre negociação e a possibilidade de serem rescindidos pelas operadoras sem restrição, estes podem ser comercializados com preços mais baixos do que os planos individuais e, por conseguinte, tornam-se mais atraentes ao consumidor.

No entanto, por conta desses baixos preços, a receita auferida

pelos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, aliada à volatilidade dos gastos assistenciais, pode não ser suficiente para cobrir as suas respectivas despesas, acarretando na aplicação de reajustes elevados por parte da operadora para manter esses contratos financeiramente equilibrados.

Por este motivo, por vezes, tais contratos podem criar uma falsa percepção de que são mais vantajosos no momento da sua contratação. Nesse cenário vislumbra-se um prejuízo aos beneficiários vinculados aos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários na época do reajustamento do contrato, dado o baixo poder de negociação para a redução do percentual de reajuste e a necessidade de cumprir novos períodos de carência caso decidam mudar de operadora.

Portanto, é de fundamental importância a implementação de novas regras para os reajustes dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, de modo a tornar mais estáveis e previsíveis os reajustes desses contratos.

(...)

Propõe-se uma medida para regular o reajuste dos contratos



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

coletivos com menos de 30 beneficiários mediante a utilização do agrupamento de contratos. O agrupamento de contratos tem o intuito de promover a distribuição, para todos os contratos desse agrupamento, do risco inerente à operação de cada um deles.

Sugere-se, pois, que as operadoras agrupem os seus contratos coletivos com menos de 30 beneficiários e calculem um reajuste único para esse grupo de contratos. Desta forma, o risco de cada contrato fica distribuído e diluído dentro do grupo, trazendo um real mutualismo para o cálculo do reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários.

Desse modo, é obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual único de reajuste que será aplicado a esse agrupamento (arts. 3º e 12 da RN nº 309/2012 da ANS).

Consoante o órgão regulador, tal medida tem justamente por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles, de forma a manter esses pactos financeiramente equilibrados.

(...)

Em vista das características dos contratos coletivos, a rescisão unilateral pela operadora é possível, pois não se aplica a vedação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, mas, ante a natureza híbrida e a vulnerabilidade desse grupo possuidor de menos de 30 (trinta) beneficiários, deve tal rescisão conter temperamentos, devendo, aqui, incidir a legislação do consumidor para coibir abusividades, primando também pela conservação contratual (princípio da conservação dos contratos).

Logo, para acompanhar a índole particular desse agrupamento, a rescisão unilateral nos planos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários não pode ser imotivada. Ao contrário, a motivação deve ser idônea.

No mesmo sentido, o recente precedente da Quarta Turma no Agravo Interno no AREsp. 1.137.152-SP, como se observa de sua ementa:



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO COMINATÓRIA CUMULADA COM DECLARAÇÃO DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL QUE BENEFICIA APENAS QUATRO EMPREGADOS. CONTRATO COLETIVO ATÍPICO. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. REAJUSTE COM BASE NA SINISTRALIDADE. AUSÊNCIA DE MOTIVAÇÃO IDÔNEA. QUEBRA DA BOA-FÉ OBJETIVA. OFENSA AO PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE. AGRAVO PROVIDO.

1. O Superior Tribunal de Justiça admite, excepcionalmente, a incidência do CDC nos contratos celebrados entre pessoas jurídicas, quando evidente que uma delas, embora não seja tecnicamente a destinatária final do produto ou serviço, apresenta-se em situação de vulnerabilidade em relação à outra.

2. Conforme precedente firmado por esta eg. Corte, "4. A contratação por uma microempresa de plano de saúde em favor de dois únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários. 5. Não se verifica a violação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98 pelo Tribunal de origem, pois a hipótese sob exame revela um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar" (REsp 1.701.600/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, DJe de 9/3/2018).

3. Hipótese em que o acórdão recorrido está em consonância com a

jurisprudência do STJ, no sentido de que, embora se tratando de contrato firmado por pessoa jurídica, o contrato coletivo de plano de saúde que possua número ínfimo de participantes, no caso apenas quatro beneficiários, dado o seu caráter de contrato coletivo atípico, justifica a incidência do Código de Defesa do Consumidor, autorizando tratamento excepcional como plano individual ou familiar. Ademais, nos termos do reconhecido pelas instâncias ordinárias, o reajuste pretendido, fundado em suposto aumento da sinistralidade do grupo, não foi minimamente justificado pela operadora, razão pela qual autorizado, tão somente, reajuste aprovado pela ANS para o período.

4. Agravo interno provido para conhecer do agravo e negar provimento ao recurso especial da operadora de plano de saúde.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

(Relator Ministro Raul Araújo, DJ 15.4.2019)

Ressalto, por fim, que o dissídio jurisprudencial não se verifica por ausência de similitude fática, pois nos paradigmas indicados pela ora recorrente - ARESps 817.733/SP e 51.473/SP - não se examinou contratos coletivos empresariais de plano de saúde com menos de trinta filiados, hipótese em discussão nos presentes autos.

Em face do exposto, conheço em parte do recurso especial e, na parte conhecida, nego-lhe provimento.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2018/0281809-5 PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.776.047 / SP

Números Origem: 10121681820178260100 1012168182017826010090000

PAUTA: 23/04/2019

JULGADO: 23/04/2019

Relatora

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. ELIANE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA RECENA

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	: CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL
ADVOGADO	: MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA E OUTRO(S) - SP112922
ADVOGADOS	: THIEMY CURSINO DE MOURA HIRYE QUERIDO - SP260550 CAMILA DAS NEVES FERREIRA MORAIS - SP300234
RECORRIDO	: C. M. P. ASSESSORIA CONTABIL LTDA
ADVOGADOS	: ANGELICA PIM AUGUSTO E OUTRO(S) - SP338362 FILIPE MARTIENA TEIXEIRA - SP356925 PATRICIA SILVA MOTA - SP344832

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

CERTIDÃO

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

A Quarta Turma, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso e, nesta parte, negou-lhe provimento, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Antonio Carlos Ferreira (Presidente), Marco Buzzi e Raul Araújo votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Luis Felipe Salomão.