

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.479.420 - SP (2014/0202026-8)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE : SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A
ADVOGADOS : FERNANDO NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
DIEGO BARBOSA CAMPOS E OUTRO(S)
ADVOGADOS : ADRIANA BARBOSA DE CASTRO E OUTRO(S)
ANA GABRIELA BALTAZAR
ADVOGADOS : CRISTINA MARIA GAMA NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
ALBERTO MARCIO DE CARVALHO E OUTRO(S)
PAULO ROBERTO GARRIDO LUCAS
JANAINA ANDREA DO ESPIRITO SANTO E OUTRO(S)
RECORRIDO : RUBENS PEREIRA DOS REIS
ADVOGADO : GERALDO PEREIRA DA SILVEIRA E OUTRO(S)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. TRABALHADOR APOSENTADO. MIGRAÇÃO PARA PLANO NOVO. EXTINÇÃO DO CONTRATO ANTERIOR. LEGALIDADE. REDESENHO DO MODELO DE CONTRIBUIÇÕES PÓS-PAGAMENTO E PRÉ-PAGAMENTO. AUMENTO DA BASE DE USUÁRIOS. UNIFICAÇÃO DE EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. DILUIÇÃO DOS CUSTOS E DOS RISCOS. COBERTURA ASSISTENCIAL PRESERVADA. RAZOABILIDADE DAS ADAPTAÇÕES. EXCEÇÃO DA RUÍNA.

1. Discute-se se o aposentado e o empregado demitido sem justa causa, migrados para novo plano de saúde coletivo empresarial na modalidade pré-pagamento por faixa etária, mas sendo-lhes asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial da época em que estava em vigor o contrato de trabalho, têm direito de serem mantidos em plano de saúde coletivo extinto, possuidor de sistema de contribuições pós-pagamento, desde que arquem tanto com os custos que suportavam na atividade quanto com os que eram suportados pela empresa.

2. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998). Os valores de contribuição, todavia, poderão variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com os que a ex-empregadora tiver que custear. Precedente.

3. Por "mesmas condições de cobertura assistencial" entende-se mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos (art. 2º, II, da RN nº 279/2011 da ANS).

4. Mantidos a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial do plano de saúde, não há direito adquirido a modelo de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou a discriminação ao idoso.

5. Nos contratos cativos de longa duração, também chamados de relacionais, baseados na confiança, o rigorismo e a perenidade do vínculo existente entre as partes pode sofrer, excepcionalmente, algumas flexibilizações, a fim de evitar a ruína do sistema e da empresa, devendo ser respeitados, em qualquer caso, a boa-fé, que é bilateral, e os deveres de lealdade, de solidariedade (interna e externa) e de cooperação recíprocos.

Superior Tribunal de Justiça

6. Não há ilegalidade na migração de inativo de plano de saúde se a recomposição da base de usuários (trabalhadores ativos, aposentados e demitidos sem justa causa) em um modelo único, na modalidade pré-pagamento por faixas etárias, foi medida necessária para se evitar a inexecutabilidade do modelo antigo, ante os prejuízos crescentes, solucionando o problema do desequilíbrio contratual, observadas as mesmas condições de cobertura assistencial. Vedação da onerosidade excessiva tanto para o consumidor quanto para o fornecedor (art. 51, § 2º, do CDC). Função social do contrato e solidariedade intergeracional, trazendo o dever de todos para a viabilização do próprio contrato de assistência médica.

7. Não há como preservar indefinidamente a sistemática contratual original se verificada a exceção da ruína, sobretudo se comprovadas a ausência de má-fé, a razoabilidade das adaptações e a inexistência de vantagem exagerada de uma das partes em detrimento da outra, sendo premente a alteração do modelo de custeio do plano de saúde para manter o equilíbrio econômico-contratual e a sua continuidade, garantidas as mesmas condições de cobertura assistencial, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

8. Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Terceira Turma, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 1º de setembro de 2015(Data do Julgamento)

Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva
Relator

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.479.420 - SP (2014/0202026-8)

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S.A., com fundamento no art. 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Noticiam os autos que RUBENS PEREIRA DOS REIS, ex-trabalhador aposentado da General Motors do Brasil Ltda., ajuizou ação de obrigação de fazer contra a recorrente, visando a manutenção no plano de saúde coletivo empresarial nas mesmas condições de cobertura assistencial e de valores da época em que estava em vigor o contrato de trabalho, arcando com os custos que suportava na atividade bem como os da empresa, nos termos do art. 31 da Lei nº 9.656/1998.

A operadora de plano de saúde, em contestação, aduziu que, quando do desligamento do autor da empresa, havia sido feito novo plano coletivo para todos os empregados, que deixou de ser na modalidade pós-pagamento para ser na modalidade pré-pagamento. Sustentou, assim, que não se poderia prorrogar o contrato anterior, já extinto.

O magistrado de primeiro grau, concluindo que *"se o autor optar pela continuidade do plano de saúde com a ré deverá pagar a mensalidade do novo contrato firmado entre a ré e a General Motors do Brasil em março de 2011, posto que é o valor pago pelo empregador nos dias atuais"* (fl. 127), julgou improcedentes os pedidos formulados na inicial.

Irresignado, o demandante interpôs apelação, a qual foi parcialmente provida para reconhecer o *"direito do apelante em ser mantido no plano de saúde, nas mesmas condições praticadas quanto na ativa, devendo o valor integral, englobando as parcelas patronal e do empregado, ser apurado em fase de liquidação considerando-se a média dos doze meses anteriores à demissão do autor"* (fl. 219). O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"PLANO DE SAÚDE. Aposentado que pretende manutenção de plano de saúde nas mesmas condições do período em que mantinha vínculo empregatício com a General Motors do Brasil Ltda. Inteligência do art. 31 da Lei nº 9656/98. Direito reconhecido, desde que assuma o pagamento integral das prestações. Requisitos preenchidos. Alteração da modalidade da assistência médica de pós-pagamento com distribuição dos custos per capita para a de pré-pagamento com discriminação por faixa etária. Novo contrato entabulado entre a operadora e a empregadora após a demissão do beneficiário. Mudança que acarretou ônus excessivo para o aposentado. Direito adquirido. Plano de saúde que deve zelar pela solidariedade, confiança e boa-fé. Valor da cota patronal que deverá ser apurado em fase de liquidação. Recurso provido parcialmente" (fl. 214).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fl. 235).

Superior Tribunal de Justiça

No especial, a recorrente aponta, além de divergência jurisprudencial, violação do art. 31 da Lei nº 9.656/1998 ao argumento de que o empregado, após se aposentar, pode ser mantido como beneficiário no plano de saúde coletivo em idênticas condições de assistência médica que gozava na ativa, desde que assuma o pagamento integral das contribuições, as quais poderão variar conforme o plano em vigor para os trabalhadores em atividade, sob pena de *"fomentar benefício maior ao aposentado em detrimento do funcionário da ativa"* (fl. 254).

Alega também que

"(..) os valores dos prêmios vigentes à data do desligamento do Recorrido do quadro de funcionários da General Motors do Brasil nem de longe podem ser rotulados por abusivos, seja porque em total consonância com aqueles praticados em mercado, seja pela qualidade absolutamente diferenciada dos serviços prestados pela Recorrente, data venia.

Ademais, a regra de precificação estabelecida no contrato de seguro vigente deverá ser considerada como parâmetro correto para batizar o valor do prêmio a ser custeado integralmente pelo Recorrido, seja por se tratar de obrigação de trato sucessivo, ou, ainda, em respeito ao inafastável tratamento isonômico existente entre funcionários ativos, demitidos e aposentados" (fl. 256).

Argui que *"até março de 2011 existiam dois contratos estipulados entre a General Motors e a Sul América: um para seus funcionários ativos [na modalidade pós-pagamento] e outro para os inativos [na modalidade pré-pagamento], embora ambos apresentassem as mesmas coberturas assistenciais"* (fl. 246). Acrescenta, por fim, que, depois dessa data, foi firmado um único contrato, adotando o método pré-pagamento, a atingir todos os trabalhadores, ativos e inativos, e que já estava em vigor, há quase um ano, quando o contrato de trabalho do recorrido foi extinto.

Após a apresentação de contrarrazões (fls. 279/282), o recurso foi admitido na origem (fls. 284/286).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.479.420 - SP (2014/0202026-8)

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Prequestionado o dispositivo legal apontado pela recorrente como malferido e preenchidos os demais pressupostos de admissibilidade recursal, impõe-se o conhecimento do especial. De fato, a matéria é de direito, não necessitando de revolvimento do acervo fático-probatório dos autos ou demandando a mera interpretação de cláusula contratual, de modo que não incidem as Súmulas nºs 5 e 7/STJ.

Cinge-se a controvérsia a saber se o aposentado e o empregado demitido sem justa causa, migrados para novo plano de saúde coletivo empresarial na modalidade pré-pagamento, mas sendo-lhes asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial da época em que estava em vigor o contrato de trabalho, têm direito de serem mantidos em plano de saúde coletivo extinto, possuidor de sistema de contribuições pós-pagamento, desde que arquem tanto com os custos que suportavam na atividade quanto com os que eram suportados pela empresa, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

1. Dos planos de saúde coletivos da General Motors do Brasil e da situação dos aposentados e dos demitidos sem justa causa

De início, impende asseverar que o plano de saúde pode se dar em três modalidades distintas de regime, quais sejam, (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão. O plano de saúde individual é aquele em que a pessoa física contrata diretamente com a operadora ou por intermédio de um corretor autorizado. Já o plano de saúde coletivo é aquele contratado por uma empresa, conselho, sindicato ou associação junto à operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas às mencionadas entidades bem como a seus dependentes.

Como visto, há dois tipos de contratação de planos de saúde coletivos: o coletivo empresarial, o qual garante a assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante em razão do vínculo empregatício ou estatutário, e o coletivo por adesão, contratado por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais.

Ademais, quanto ao regime de custeio, os planos de saúde coletivos podem adotar a modalidade pré-pagamento, ocasião em que a mensalidade deverá ser paga antes da utilização dos serviços médico-assistenciais, ou a modalidade pós-pagamento, a tornar o valor do prêmio

Superior Tribunal de Justiça

variável, pois dependerá do cálculo das despesas efetuadas pelo usuário com a utilização dos serviços.

Nesse sentido, a seguinte lição de Luiz Celso Dias Lopez:

"(...) (...) vale esclarecer que os produtos podem adotar duas modalidades de formação e pagamento de preço, quais sejam, pré ou pós-pagamento. Nos planos de pré-pagamento o prêmio ou contraprestação pecuniária é paga antes da utilização dos serviços ou das despesas assistenciais; nos planos de pós-pagamento o pagamento do prêmio ou contraprestação pecuniária reflete os valores das despesas assistenciais e que, portanto, é apurada e paga posteriormente e de forma variável. Os produtos de pós-pagamento contemplam o repasse do risco assistencial pelas operadoras aos contratantes, os quais podem repassar em forma de rateio, parte ou a integralidade das despesas assistenciais (plano de pós-pagamento na opção rateio) ou a assunção da integralidade do empregador (plano de pós-pagamento na opção custo operacional)".

(LOPES, Luiz Celso Dias. A garantia de manutenção em planos coletivos empresariais para demitidos e aposentados. *In*. CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (org.). Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, pág. 302 - grifou-se)

Na espécie, a General Motors do Brasil (GMB), na condição de estipulante, firmou "contrato de administração de sistema de assistência à saúde" com o grupo Sul América a fim de que seus empregados fossem beneficiados com a prestação de serviços da saúde suplementar.

Assim, nessa empresa, até março de 2011, havia dois modelos de assistência médica, conhecidos como "Modelos Antigos": (i) contrato vigente desde 1973, revisto em 31/12/2001, destinado aos empregados e administradores em atividade e respectivos dependentes, na modalidade pós-pagamento, com participação financeira do empregador (Contrato de Ativos), e (ii) contrato vigente desde janeiro de 2000, firmado em favor de ex-empregados e dependentes destes que, pela lei ou por acordo, devessem continuar recebendo a mesma assistência à saúde que detinham enquanto estavam em atividade, na modalidade pré-pagamento, sendo custeados integralmente pelos usuários, com a variação do prêmio segundo a faixa etária (Contrato de Inativos).

Todavia, apesar de terem sido observados os arts. 2º da Resolução nº 20/1999 e 2º da Resolução nº 21/1999, ambas do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU (correspondentes aos arts. 13, II, e 17 da Resolução Normativa - RN nº 279/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), as mensalidades pagas pelos aposentados e pelos demitidos sem justa causa (Contrato de Inativos) sofreram substancial elevação, em virtude da reduzida base do número de usuários e da idade avançada deles, a influenciar os cálculos atuariais, de forma que muitos ingressaram com demandas judiciais pleiteando o reingresso no

Superior Tribunal de Justiça

Contrato de Ativos, pagando os custos da empregadora. Ocorre que isso se tornou inviável no sistema de pós-pagamento, pois não havia prêmio ou valor fixo custeado pela GMB, tanto que as decisões judiciais estipulavam fórmulas diversas de apuração da parcela: adoção da tabela da Apamagis (restrita aos magistrados), média dos últimos 12 (doze) meses de uso do plano, média dos últimos 6 (seis) meses, valor global pago pela empregadora dividido pelo número de beneficiários, entre outros.

Para solucionar o problema, após estudos técnicos visando viabilizar a carteira de inativos, que estava acumulando vultosos prejuízos, a GMB e a Sul América firmaram, em 1º/3/2011, um novo sistema de assistência à saúde, o denominado "Modelo Único Novo", extinguindo, assim, os Modelos Antigos. Desse modo, embora em duas apólices distintas, juntou-se em uma mesma base segurada os empregados e ex-empregados, o que contribuiu para a diluição dos custos e dos riscos, bem como houve redução do valor atuarial do prêmio, permitindo uma mensalidade razoável a ser suportada por todos, abaixo dos preços de mercado. Com o redesenho, foi unificado o modelo de contratação para ativos e inativos sob o sistema de pré-pagamento, e o prêmio foi atrelado à faixa etária do usuário, mantida a mesma cobertura assistencial de outrora.

Feito o retrospecto fático, falta saber se o redesenho contratual feito pela GMB e pela operadora ora recorrente, que implicou a migração de plano de saúde do trabalhador inativo, afrontou direitos inscritos nos art. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

Eis a redação dos mencionados dispositivos legais:

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral."(grifou-se)

"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral."(grifou-se)

Extrai-se das aludidas normas que é assegurado ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu

Superior Tribunal de Justiça

pagamento integral.

Por "mesmas condições de cobertura assistencial" deve ser entendida *"mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos"* (art. 2º, II, da RN nº 279/2011 da ANS).

Depreende-se, assim, que respeitadas, no mínimo, as mesmas condições de cobertura assistencial de que o inativo gozava quando da vigência do contrato de trabalho, ou seja, havendo a manutenção da qualidade e do conteúdo médico-assistencial da avença, não há direito adquirido a modelo de plano de saúde ou de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), contanto que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou a discriminação ao idoso.

Logo, como assinalado no REsp nº 531.370/SP (Rel. Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, DJe 6/9/2012), é garantida ao aposentado e ao demitido sem justa causa *"a manutenção no plano de saúde coletivo nas mesmas condições de assistência médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral desta, a qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear"* (grifou-se).

Além disso, pela exceção da ruína, o vínculo contratual original pode sofrer ação liberatória e adaptadora às novas circunstâncias da realidade, com a finalidade de manter a relação jurídica sem a quebra do sistema, sendo imprescindível a cooperação mútua para modificar o contrato do modo menos danoso às partes.

Esse instituto, que surgiu no Direito Alemão durante o período de grave crise econômica após a Primeira Grande Guerra, foi assim delineado por Antonio Manuel da Rocha e Menezes Cordeiro:

(...)

94. *A normatividade das alterações, a aplicação directa da boa fé e a exceção de ruína; a inexigibilidade; apreciação*

(...)

(...) sublinha-se a situação de ruína em que o devedor poderia incorrer, caso a execução do contrato, atingida por alterações fácticas, não fosse sustida e entende-se essa circunstância como liberatória: é a exceção da ruína do devedor.

(...)

A exceção de ruína do devedor coloca, numa leitura apressada, o problema da alteração das circunstâncias em termos de equidade. A ponderação das decisões que a consagram revelam porém, algo de muito diferente. (...) O Reichsgericht preocupou-se antes com os efeitos que a execução de um contrato teria noutros contratos similares, não submetidos à sua apreciação.

Superior Tribunal de Justiça

A decisão de revelar a alteração das circunstâncias impôs-se porque, a não ser tomada, todo um sector jurídico-social seria afectado.(...) Sobre nova manifestação de normatividade dos factos, desta feita submetida a tratamento jurídico, pairam vectores, ainda hoje pouco explorados, como os da integração colectiva de contratos ou do princípio do tratamento igualitário, no Direito civil e o da relevância, na tomada de decisões, dos efeitos que estas venham a provocar.

A integração colectiva dos contratos é, de algum modo, o contraponto das condições contratuais gerais, também ditas de contratos por adesão. Certos contratos, integrados numa massificação do tráfego negocial, formam-se por reprodução de um modelo-base. Ficam, pois, irmanados, seja no seu conteúdo, seja na sua função. Um juízo valorativo, a ser formulado sobre um desses contratos, isoladamente, atingiria o conjunto. E como não teve por base o conjunto, seria falaz. O contrato em integração colectiva só poderia ser ponderado no conjunto em causa. Foi o que fez o RG.

O princípio do tratamento igualitário ou do tratamento mais favorável desenvolveu-se, inicialmente, no Direito do trabalho. Manda que, numa série de contratos celebrados ao mesmo nível, pela mesma entidade empregadora, não possa haver discriminações, ainda que não pequem por defeito perante os instrumentos de regulação laboral colectiva. Há boas razões para aplicar este princípio a áreas determinadas do Direito civil. (...) o tribunal não poderia, mediante decisão, favorecer um contratante, em detrimento de outros que com ele se encontrem colectivamente integrados, numa série de contratos similares. Deve-se ter presente que, nas decisões relativas à excepção da ruína, o beneficiário do contrato mandado executar sem alterações seria satisfeito no todo, o que poderia não ocorrer com os restantes contratantes, prejudicados à medida que a ruína do devedor se fosse concretizando.

(...)

102. Alteração das circunstâncias e quebras intra-sistemáticas:

a boa-fé

(...)

VI. A admissão de fracturas intra-sistemáticas, expressão de princípios válidos por igual, mas em contradição substantiva, implica o firmar de uma sistemática diferente. A ordenação de acordo com pontos de vista unitários que, em linha kantiana conhecida informa o pensamento sistemático, deve ceder a uma arrumação concorde com vectores cruzados ou, quiçá, opostos. A unidade do sistema terá, em definitivo, de ser procurada noutras latitudes. As perspectivas ricas que, da alteração de circunstâncias, emergem para o pensamento sistemático não devem obnubilar o critério da decisão que, ao seu abrigo, haja que encontrar.

Uma contradição de normas, sendo perfeita, anula-as, a ambas provocando uma lacuna de colisão, a integrar, nos termos gerais, com apoio noutras latitudes. Os princípios em conflito mantêm-se contudo, em vigor, conservando, apesar da oposição, uma vocação para a aplicabilidade. O modelo de decisão imposto pela alteração de circunstâncias não é, por isso, informado, apenas, pela boa fé: ele deve compreender, em simultâneo, elementos derivados da autonomia privada, tal como se cristalizou no contrato atingido e factores advenientes das exigências carreadas, no caso, pela boa fé. A liberdade do intérprete-aplicador, acrescida, sem dúvida, pela

Superior Tribunal de Justiça

linha de fractura em que se vai decidir, não é, no entanto, extra-sistemática, em termos de se poder falar em equidade.

Há, pois, que operar com um modelo de decisão que comporte, entre as suas variáveis, quer a autonomia privada e seus valores, com os factores de concretização sediados no contrato celebrado, quer a boa fé-igualdade, precisada em consonância com as alterações registradas no caso real. Não é possível hierarquizar em abstracto os argumentos a ponderar — quando não, faltaria, até às suas conseqüências efectivas, a quebra intra-sistemática — determinando, numa fórmula genérica, quando cede a autonomia privada e quais as dimensões da adaptação, quando esta tenha lugar. Mas sabe-se que, em concreto, a solução a propugnar deve manter como referências os factores em litígio, visando restabelecer, se possível, o figurino pensado pelas partes em obediência às exigências de equilíbrio e de prossecução do escopo inicial, carreadas, em nome da igualdade, pela boa fé. A Ciência do Direito assegura essa ponderação, extensiva às conseqüências da decisão e susceptível, nos termos dogmáticos gerais, de controlo. A natureza científica das saídas encontradas e a actuação, ainda que em fractura, do sistema, explicam e justificam a referência juspositiva à boa fé. A repetição de julgados, com a sedimentação dos modelos de decisão, norteados pela preocupação de resolver de modo semelhante questões similares, darão solidez ao instituto, amortecendo a imagem de mera equidade que, no início, a sua aplicação suscita”.

(CORDEIRO, António Menezes. Da Boa Fé no Direito Civil. Coimbra: Almedina, 2011, págs. 1.007-1.014 e 1.113-1.114 - grifou-se)

É por isso que nos contratos cativos de longa duração, também chamados de relacionais, baseados na confiança, o rigorismo e a perenidade do vínculo existente entre as partes pode sofrer, excepcionalmente, algumas flexibilizações, a fim de evitar a ruína do sistema e da empresa, devendo ser respeitados, em qualquer caso, a boa-fé, que é bilateral, e os deveres de lealdade, de solidariedade (interna e externa) e de cooperação recíprocos.

Cumprе destacar também que a função social e a solidariedade nos planos de saúde coletivos assumem grande relevo, tendo em vista o mutualismo existente, caracterizador de um pacto tácito entre as diversas gerações de empregados passados, atuais e futuros (solidariedade intergeracional), trazendo o dever de todos para a viabilização do próprio contrato de assistência médica.

A propósito, cumprе conferir a ementa de aprofundado estudo realizado sobre o tema por Cláudia Lima Marques e por Bruno Miragem:

“EXCEÇÃO DA RUÍNA. BOA-FÉ EXIGE COOPERAÇÃO DE INATIVOS PARA MANTER PLANO DE SAÚDE DA GM-GENERAL MOTORS DO BRASIL LTDA., CUJA MATRIZ SAIU DE PROCESSO DE RECUPERAÇÃO NOS ESTADOS UNIDOS (CHAP.II, Bankruptcy Code USA). COOPERAÇÃO COM FUNCIONÁRIOS ATIVOS E EMPRESA QUE MANTÉM PLANO HÁ 39 ANOS PARA A MANUTENÇÃO DO SISTEMA E BENEFÍCIO DE TODOS NO TEMPO.

BOA-FÉ QUALIFICADA EM CONTRATOS CATIVOS DE LONGA DURAÇÃO OU RELACIONAIS. REDESENHO E TRANSIÇÃO DE UM MODELO

Superior Tribunal de Justiça

CONTRATUAL COM PLANOS SEPARADOS PARA EMPREGADOS ATIVOS (PÓS-PAGAMENTO) E INATIVOS (PRÉ-PAGAMENTO), PARA UM ÚNICO MODELO CONTRATUAL COM MESMA COBERTURA ASSISTENCIAL E PRÊMIO PARA ATIVOS E INATIVOS QUE SE IMPÕE PELA PASSAGEM DO TEMPO E MUDANÇA DA BASE LEGAL DESDE 1973. CONDUTA DE BOA-FÉ DA EMPRESA que opta por modificação que reforça base de solidariedade entre gerações de empregados da General Motors do Brasil Ltda., reunindo ativos e inativos no mesmo plano para aumentar base e baratear plano e garantir a permanência desse serviço para os mais de 60 mil beneficiários hoje existentes, diferentemente da decisão adotada pela matriz de retirada dos inativos do plano de saúde da GMC e transferência da administração do plano desse grupo, mediante aportes financeiros, ao sindicato. Contratos cativos de longa duração qualificam dever de cooperação (bilateral) e de colaboração para manter o sistema estabelecido desde a década de 1970 na subsidiária brasileira.

NOVA PERENIDADE CONTRATUAL. INTERVENÇÃO JUDICIAL E DIREITO DE MANUTENÇÃO DOS VÍNCULOS INDIVIDUAIS DE CONSUMO COM LEALDADE AO CONTRATO COLETIVO QUE ENVOLVE MAIS DE 60 MIL BENEFICIÁRIOS. DIÁLOGO entre o Art. 30 e 31 da Lei 9.656/98 e o Art. 54 do CDC reforça direito de manutenção no contrato de consumo cativo e de longa duração ou relacional. Perenidade contratual não significa impossibilidade de sua adaptação sistêmica ou redesenho para evitar a ruína ou quebra do sistema. Interesse de todos supera interesses individuais, se há razoabilidade e proporcionalidade visando à manutenção do vínculo coletivo. LEALDADE AO VÍNCULO CONTRATUAL que é e sempre foi coletivo e que impõe cooperação no momento de necessária transição de modelo em que vigiam dois planos distintos (pós-pagamento para ativos, e pré-pagamento para inativos), para um modelo único em pré-pagamento, com manutenção do sistema coletivo, adoção de faixas etárias, razoabilidade de preços e igualdade de tratamento de ativos e inativos. DIÁLOGO ENTRE O ART. 30 E 31 DA LEI 9.656/98 E O ART. 51, PAR. 2 DO CDC INDICIA QUE O PRINCÍPIO DA MANUTENÇÃO DO CONTRATO (COLETIVO DE CONSUMO) TEM COMO LIMITE A ONEROSIDADE EXCESSIVA PARA AMBAS AS PARTES, quanto mais o risco de ruína da empresa-estipulante, cuja matriz é recém-saída de processo de recuperação segundo o Chapter II dos EUA. IMPOSSIBILIDADE DE MANUTENÇÃO DO PLANO NAS MESMAS CONDIÇÕES EM VIGOR À ÉPOCA DA ATIVA, CONFORME PLEITEADO PELOS INATIVOS EM AÇÕES JUDICIAIS, SE DESAPARECIDA SUA BASE NEGOCIAL E REDESENHADO O MODELO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE EM 2011. Dever dos inativos de arcarem com os custos integrais do plano, em contrapartida ao direito de manterem seu vínculo com o grupo. Arts. 30 e 31, da lei 9.656/98. Vantagens de participação no grupo, visando à diluição dos maiores riscos de saúde de empregados inativos ao reuni-los com os ativos. Boa-fé impõe exceção da ruína. Dever de cooperação e solidariedade entre as partes que devem respeitar a natureza de rateio de despesas e custeio pelos aposentados no plano de saúde coletivo empresarial, como condição de manutenção do próprio sistema do plano de saúde oferecido há décadas pela General Motors em benefício de empregados ativos e inativos.

FUNÇÃO PROMOCIONAL DO DIREITO. EVITAR RISCO À MANUTENÇÃO DO SISTEMA E INCENTIVAR PRÁTICAS SOLIDÁRIAS EM CONTRATOS COLETIVOS. Necessidade de incentivo a boas práticas na relação entre as empresas e seus empregados. Oneração excessiva da empresa por vantagens que oferece a seus empregados. Riscos à sustentabilidade do sistema criado em claro benefício dos empregados. Risco à manutenção do sistema em vista de decisões díspares quanto a critérios de fixação do valor da mensalidade a

Superior Tribunal de Justiça

ser paga pelo inativo, sem considerar a diferença de custeio entre os modelos antigo e novo do benefício de assistência à saúde oferecido pela empresa GM.

INTERESSE GERAL E FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO COLETIVO. OFERECIMENTO DE PLANO DE SAÚDE DA GM AOS EMPREGADOS E INATIVOS HÁ DÉCADAS. CULTURA EMPRESARIAL DE BENEFÍCIO AOS FUNCIONÁRIOS. EMPRESA QUE OFERECE VANTAGENS A SEUS FUNCIONÁRIOS DE MODO PIONEIRO NÃO PODE SER PUNIDA COM O DEVER DE MANTER ETERNAMENTE A SISTEMÁTICA CONTRATUAL ORIGINAL, QUANDO DEMONSTRADA A NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO DO MODELO DE CUSTEIO DO PLANO DE SAÚDE PARA MANTER SEU EQUILÍBRIO ECONÔMICO E EVITAR RUÍNA.

SOLIDARIEDADE INTERGERACIONAL E COOPERAÇÃO BILATERAL. EXCEÇÃO DA RUÍNA. REUNIÃO DE EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS EM UMA MESMA BASE, VISANDO ESTABELECEER NOVO MODELO DE REPARTIÇÃO DE CUSTOS QUE NÃO ONERE EXCESSIVAMENTE NENHUM DOS GRUPOS. BOA-FÉ E COLABORAÇÃO ENTRE AS GERAÇÕES DE EMPREGADOS DA GENERAL MOTORS DO BRASIL LTDA. LEALDADE DAQUELES QUE JÁ SE BENEFICIARAM POR ANOS DE PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL NA ATIVA COM OS ATUAIS FUNCIONÁRIOS NO ESFORÇO E COOPERAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO DO SISTEMA ÀS CONDIÇÕES ATUAIS E MANUTENÇÃO DE CONTRATO CATIVO DE LONGA DURAÇÃO, EM BENEFÍCIO DE TODOS (fls. 351/352 - grifos no original).

No caso dos autos, não houve nenhuma ilegalidade na migração do autor, pois a recomposição da base de usuários (trabalhadores ativos, aposentados e demitidos sem justa causa) em um modelo único, na modalidade pré-pagamento por faixas etárias, foi medida necessária para se evitar a inexecutabilidade do próprio modelo antigo do plano de saúde, ante os prejuízos crescentes, solucionando o problema do desequilíbrio contratual. Ademais, a onerosidade excessiva é vedada tanto para o consumidor quanto para o fornecedor, nos termos do art. 51, § 2º, da Lei nº 8.078/1990, cabendo ressaltar que as mensalidades dos inativos sofreram redução no novo modelo, comparadas com o contrato anterior, sendo os preços estipulados abaixo dos de mercado.

Em outras palavras, não há como preservar indefinidamente a sistemática contratual original se verificada a exceção da ruína, sobretudo se comprovadas a ausência de má-fé, a razoabilidade das adaptações e a inexistência de vantagem exagerada de uma das partes em detrimento da outra, sendo premente a alteração do modelo de custeio do plano de saúde para manter o equilíbrio econômico-contratual e a sua continuidade, garantidas as mesmas condições de cobertura assistencial, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

Por pertinente, confira-se o seguinte trecho da sentença:

"(...)

A questão seria simples se, no contrato anterior, o empregado

Superior Tribunal de Justiça

pagasse à empresa seguradora, por exemplo, uma quantia fixa e o empregador outra. Assim, quando do desligamento, bastaria a soma dos dois valores para se encontrar o novo prêmio.

No entanto, o contrato anterior tinha suas peculiaridades, pois subsidiado pela empregadora, com o pagamento das despesas específicas realizadas pelo beneficiário, não se mostrando compatível esse sistema quando da prorrogação do contrato após a aposentadoria.

Isto porque, o artigo 30 da Lei n. 9656/98 estabelece o seguinte: 'Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.'

Logo, assumir o pagamento integral da parte do empregador nos moldes do contrato anterior implicaria ao segurado arcar com todas as despesas médicas que eventualmente viesse a realizar, tal qual fazia a empregadora.

Por conta disso, o empregador firmou novo contrato com a Ré, modificando as condições do contrato antigo, a fim de possibilitar a adequação à prorrogação do contrato após a aposentadoria ou demissão, estabelecendo novos critérios para o pagamento do plano de saúde com o formato de um contrato tradicional.

No caso, não se verifica violação aos objetivos da referida lei, que visa à proteção do segurado, de modo a continuar com o mesmo plano de saúde, porém impondo-lhe a obrigação de arcar com a parte paga pela empregadora.

Assim, após a data deste novo acordo (março de 2011) e tendo em vista que os valores pagos pelo empregador são pré-estabelecidos e respeitam uma tabela progressiva que leva em consideração idade dos segurados e número de dependentes, todos os ex-funcionários que aderirem ao plano devem pagar estes mesmos valores, respeitando assim o disposto no art. 30 da Lei 9656/98.

Não há que se falar em direito adquirido dos ex-funcionários, posto que a lei lhes dão o direito de permanecer no plano pagando o valor integral que se pagava à seguradora (parte do empregador + parte do empregado); se o valor pago por este último alterou, devem os ex-funcionários assumirem também essa nova importância.

Atente-se que a atual tabela apresenta valores condizentes com os de mercado, não se vislumbrando qualquer abusividade ou prejuízo ao consumidor/segurado.

Assim, se o autor optar pela continuidade do plano de saúde com a ré deverá pagar a mensalidade do novo contrato firmado entre a ré e a General Motors Brasil em março de 2011, posto que é o valor pago pelo empregador nos dias atuais "(fls. 126/127 - grifou-se).

2. Do dispositivo

Ante o exposto, dou provimento ao recurso especial para restabelecer a sentença.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2014/0202026-8 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.479.420 / SP**

Números Origem: 14448820128260011 1479420 20130000345696 201402020268

PAUTA: 01/09/2015

JULGADO: 01/09/2015

Relator

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **DURVAL TADEU GUIMARÃES**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A
ADVOGADOS : FERNANDO NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
 DIEGO BARBOSA CAMPOS E OUTRO(S)
ADVOGADOS : ADRIANA BARBOSA DE CASTRO E OUTRO(S)
 ANA GABRIELA BALTAZAR
ADVOGADOS : CRISTINA MARIA GAMA NEVES DA SILVA E OUTRO(S)
 ALBERTO MARCIO DE CARVALHO E OUTRO(S)
 PAULO ROBERTO GARRIDO LUCAS
 JANAINA ANDREA DO ESPIRITO SANTO E OUTRO(S)
RECORRIDO : RUBENS PEREIRA DOS REIS
ADVOGADO : GERALDO PEREIRA DA SILVEIRA E OUTRO(S)

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

SUSTENTAÇÃO ORAL

Dr(a). **DIEGO BARBOSA CAMPOS**, pela parte RECORRENTE: **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A**

CERTIDÃO

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

A Terceira Turma, por unanimidade, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze, Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.