

PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL

Agravo Legal na Apelação Cível nº: 332000-3

1ª Vara Cível da Comarca de Recife

Agravante: SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A

Agravado: MANOEL GALDINO DA SILVA NETO

Relator: Des. Stênio Neiva Coêlho

EMENTA: AGRAVO LEGAL. DECISÃO TERMINATIVA EM APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO POR INADIMPLÊNCIA DO ESTIPULANTE. MANUTENÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL NOS MESMOS MOLDES PACTUADO NO PLANO COLETIVO. SÚMULA 102/TJPE. OFENSA AO ART. 557 DO CPC, NÃO CONFIGURADA. RAZÕES RECURSAIS INSUFICIENTES A MODIFICAR A DECISÃO AGRAVADA. CONSONÂNCIA COM O ORDENAMENTO JURÍDICO. MANUTENÇÃO. RECURSO IMPROVIDO.

1. Não pode o consumidor ter a sua legítima expectativa de manutenção do contrato prejudicada, ainda mais quando há previsão legal, em situações análogas, de transformação do plano coletivo em individual, e, principalmente, quando a justificativa para a descontinuidade do serviço é meramente econômica.
2. Súmula 102/TJPE: Extinto o vínculo laboral do segurado em regime coletivo empresarial, a operadora de saúde deve lhe dispor plano ou seguro na modalidade individual ou familiar, sem novos prazos de carência e no mesmo valor da contraprestação.
3. A argumentação apresentada pelo Agravante é insuficiente; não restou demonstrado nos autos motivos capazes de modificar a decisão açoitada. Não há que se falar em ofensa ao art. 557 do CPC. A decisão, de forma exaustiva, se fundamentou em jurisprudência desta Corte.
4. Recurso a que se nega provimento

ACÓRDÃO

Visto, discutido e votado este recurso, tombado sob o nº 332000-3, ACORDAM os Desembargadores integrantes da PRIMEIRA Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, por unanimidade de votos, em **negar provimento** ao agravo, tudo nos termos dos votos e notas taquigráficas anexas, que passam a fazer parte integrante deste julgado.

Recife, 23 de setembro de 2014.


Stênio Neiva Coêlho
Desembargador Relator



PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL		
Agravo Legal na Apelação Cível nº: 332000-3		1ª Vara Cível da Comarca de Recife
Agravante:	SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A	
Agravado:	MANOEL GALDINO DA SILVA NETO,	
Relator:	Des. Stênio Neiva Coêlho	

RELATÓRIO/ VOTO

Cuida-se de Agravo Legal interposto contra Decisão Terminativa, da minha lavra, que, nos autos da Apelação Cível de mesmo número, negou provimento ao recurso interposto pela **SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A**, mantendo a decisão exarada pelo juízo *a quo*, em virtude da recusa da demandada em preservar a relação contratual existente entre as partes, ao não permitir a migração do demandante para um plano de saúde individual, nos mesmos moldes do plano coletivo ao qual estavam anteriormente vinculados.

O Agravante requer a retratação do julgador ou que o feito seja levado à mesa para o devido conhecimento da Câmara e seu consequente provimento, no sentido de reformar a decisão ora agravada, dando provimento total ao recurso de Apelação Cível. Requereu, ainda, que todas as publicações/intimações e demais atos de comunicação no presente feito sejam realizados, exclusivamente, em nome do Dr. RENATO TADEU RONDINA MANDALITI, OAB/SP 115.762, sob pena de nulidade.

Por não vislumbrar a possibilidade do exercício de retratação, trago à consideração deste colegiado.

É o que tinha a relatar.

Conheço do presente recurso, porquanto presentes os pressupostos necessários a sua admissibilidade.

A decisão atacada fora lançada nos seguintes termos:

“(…)

Da ilegitimidade passiva

A apelante defende a sua ilegitimidade para figurar no polo passivo da presente ação, argumentando que o responsável pelo desconto do prêmio no contracheque do apelado, bem como pelo pagamento direto à seguradora, era o estipulante do contrato, Grupo Educacional Contato Ltda., de modo que esta não teria qualquer ingerência sobre o não pagamento das mensalidades.

Com efeito, a inadimplência junto ao plano de saúde é fato incontroverso nos autos, tendo sido causada, segundo o próprio apelado, pela situação financeira precária do Grupo Educacional Contato Ltda., o que teria acarretado o cancelamento da apólice (fl. 03).

Entretanto, a demanda versa sobre a possibilidade de manutenção do vínculo contratual, a ser efetuada diretamente entre a recorrente e o recorrido, na modalidade individual, o que confere legitimidade somente à seguradora para responder aos termos da presente ação.

Ante o exposto, rejeito a preliminar suscitada, em razão da sua manifesta inconsistência jurídica.

(ii) Da conservação do contrato

A lide versa sobre a possibilidade de manutenção do apelado como segurado da apelante, na modalidade individual, nos mesmos moldes pactuados no plano coletivo de que era beneficiário, após o cancelamento desta apólice, devido à inadimplência do estipulante, Grupo Educacional Contato Ltda.

Sobre a questão, existe previsão legal que assegura ao consumidor contribuinte de plano de saúde na modalidade coletiva, em decorrência de vínculo empregatício, a manutenção da condição de beneficiário, nas situações de rescisão/exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, ou de aposentadoria (art. 30 e art. 31, da Lei nº 9.656/98), assegurando-se as mesmas condições de cobertura, sendo certo que tais circunstâncias não restaram configuradas no caso.

Entretanto, o referido comando merece ser aplicado, por analogia, à hipótese vertente, tendo em vista que a interpretação do contrato de plano de saúde deve ser pautada na observância do princípio da dignidade da pessoa humana, considerado de valor pré-constituente e de hierarquia supraconstitucional, bem como no direito fundamental à vida e à saúde, que também são princípios basilares expressos constantes em nossa Constituição.

Além disso, segundo o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, pacificado na Súmula 469, o caso em comento está sob a tutela protecionista do Código de Defesa do Consumidor, que impede o fornecedor de liberar-se do vínculo contratual sempre que este não lhe for favorável, especialmente quando tal proteção tem o propósito de assegurar ao consumidor uma situação de segurança e estabilidade que de outra forma não seria conseguida, porquanto, na hipótese, no caso de migração para outra empresa, teria que se submeter a prazo de carência e valores exorbitantes, ou até mesmo recusa em virtude de doença pré-existente, haja vista ser pessoa com avançada idade e portador de cardiopatia.

Com efeito, da leitura do Código de Defesa do Consumidor, percebe-se a preocupação do legislador em manter sempre o equilíbrio contratual, sendo vedadas as obrigações iníquas (injustas, contrárias à equidade), abusivas (que desrespeitam valores da sociedade) ou que ofendam o princípio da boa-fé objetiva e a equidade (justiça do caso concreto)¹.

Destarte, não pode o consumidor ter a sua legítima expectativa de manutenção do contrato prejudicada, ainda mais quando há previsão legal, em situações análogas, de transformação do plano coletivo em individual, e, principalmente, quando a justificativa para a descontinuidade do serviço é meramente econômica.

Sendo assim, merece guarida o pleito do apelado, haja vista haver entendimento pacífico e sumulado desta Egrégia Corte de Justiça segundo o qual as empresas de plano de saúde, quando da extinção do plano de saúde coletivo, seja por liquidação, encerramento ou mesmo demissão ou aposentadoria do beneficiário, devem fazer a migração deste para o plano individual ou familiar, sem novos prazos de carência e no mesmo valor da contraprestação.

Por oportuno, confira-se:

Súmula 102/TJPE: Extinto o vínculo laboral do segurado em regime coletivo empresarial, a operadora de saúde deve lhe dispor plano ou seguro na modalidade individual ou familiar, sem novos prazos de carência e no mesmo valor da contraprestação.

“DO CONSUMIDOR - EXTINÇÃO DE CONTRATO COLETIVO DE SEGURO - OBRIGAÇÃO DE A SEGURADORA OFERECER NOVO SEGURO (INDIVIDUAL OU FAMILIAR) AOS BENEFICIÁRIOS - CONTRATO CATIVO DE LONGA DURAÇÃO - PRINCÍPIO DA CONSERVAÇÃO DOS CONTRATOS - IMPOSSIBILIDADE DE ALTERAR-SE A COBERTURA OUTRORA OFERECIDA E ESTIPULAR-SE NOVA CARÊNCIA - APELO IMPROVIDO.”

1- A prestação de serviços pela seguradora tendo como destinatária final a massa de beneficiários faz incidir a regulamentação consumerista ao caso: a concretização dos conceitos de consumidor e fornecedor é bastante.

2- A assistência à saúde dispensada pela seguradora ao longo do tempo cria, em relação aos segurados, legítima expectativa de que lhes é garantida, apesar de algumas reservas, a prestação do serviço continuamente, sem interrupções. Remete-se aqui aos contratos cativos de longa duração.

3- Embora não se trate do contrato coletivo originário, já extinto, deve ser aplicado ao caso o princípio da conservação dos contratos, para que seja oferecido um individual substitutivo àquele, de modo algum plenamente diverso, mas tão-só de distinta modalidade.

4- A passagem de um para o outro não deve implicar a estipulação de novo prazo de carência e reavaliação das doenças pré-existentes, porque uma e outra já tiveram seu marco quando da contratação primeira do seguro coletivo”.

(TJPE - Apelação Cível nº 145474-4, Relator Des. Eduardo Augusto Paurá Peres, 6ª Câmara Cível, julgado em 30/07/2009)

“APELAÇÃO CÍVEL - OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE - PRELIMINARES: COISA JULGADA - INEXISTÊNCIA. DECISÃO EXTRA PETITA- INOCORRÊNCIA. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL EXTINTO - OBRIGAÇÃO DE OFERECIMENTO DE CONTRATO INDIVIDUAL SUBSTITUTO - DIREITO DO CONSUMIDOR BENEFICIÁRIO FINAL DO SERVIÇO. IMPEDIMENTO DE RESCISÃO UNILATERAL PELA PRESTADORA DOS SERVIÇOS - INTELIGÊNCIA DAS LEIS 8.078/90 E 9.656/98. APELO IMPROVIDO.

Na hipótese, não mais persiste a discussão de cláusulas contratuais inseridas no contrato coletivo julgado extinto. A questão posta em apreciação nesta instância revisora diz respeito ao direito material subjacente dos beneficiários finais do plano de saúde, não estando desse modo sob o manto da coisa julgada. Preliminar rejeitada. A decisão açoitada deuse nos exatos termos da pretensão perseguida. Preliminar de decisão extra petita rejeitada. No caso, tendo a empregadora deixado de ter co-participação no pagamento das mensalidades antes mesmo da extinção do contrato originário e sendo oferecido tacitamente pela apelante, prestadora do serviço, contrato individual substituto, restou esta impedida de rescindir unilateralmente tal contrato, à luz das normas protecionistas inscritas no C.D.C e Lei 9656/98, pois, em causa, o direito a que se pretende proteger envolve a saúde, bem elevado à condição de direito fundamental do homem, pela Constituição Federal. Noutro viés, em se tratando de contrato de trato sucessivo e reconhecidamente de adesão, onde o consumidor, apelado, não pode discutir as cláusulas contratuais, é de ser mantido o direito de receber a prestação do serviço contratado; na forma de contrato individual, nas mesmas condições que gozava a partir da transmutação. Apelo Improvido”.

(TJPE - Apelação Cível nº 153616-7, Relator Des. Sílvio de Arruda Beltrão, 3ª Câmara Cível, julgado em 06/11/2008). Ademais, além da possibilidade de aplicação analógica dos dispositivos legais supracitados, a Resolução nº 19/99, do Conselho de Saúde Suplementar, instituído pela Lei nº 9.656/98, em consonância, expressamente determina:

¹ Garcia, Leandro de Medeiros. Editora Impetus, Rio de Janeiro, 7ª Edição, 2011.

Art. 1º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. (g.n.)

Nesse aspecto, portanto, não merece qualquer reforma a sentença atacada.

(iii) Da configuração da responsabilidade civil e do *quantum* indenizatório

No que concerne à indenização arbitrada pelo juízo de piso, a apelante alega a ausência dos requisitos configuradores da responsabilidade civil, por ausência de ato ilícito e de danos morais, já que, segundo a mesma, sua recusa seria legítima, e o apelado teria sofrido mero aborrecimento.

Entendo que tais argumentos não devem prosperar. Sobre a ilicitude da conduta da apelante, repisam-se os argumentos já defendidos, pois restou suficientemente demonstrado o desrespeito da seguradora à orientação normativa e jurisprudencial pertinente, ao negar ao consumidor o direito à manutenção do contrato, na modalidade individual.

Quanto aos danos morais, considero que podem ser extraídos da própria situação fática narrada nos autos, tendo em vista que o consumidor, com idade avançada e portador de patologia cardíaca, viu-se na iminência de perder um serviço essencial de saúde - do qual desfrutava há muitos anos - em virtude de uma resistência ilegítima por parte do fornecedor.

Verificada a efetiva ocorrência do dano e o dever de indenizar, faz-se necessário proceder ao exame do *quantum* indenizatório estabelecido para os danos morais, em conformidade com os critérios doutrinários e jurisprudenciais, observando-se as peculiaridades do caso concreto.

Quanto ao grau de culpa da recorrente, tenho que esta comprovadamente agiu de forma imprudente, deixando de atentar para os deveres de cautela que lhe são impostos em decorrência da sua atividade, ao recusar-se a disponibilizar ao consumidor o plano de saúde na modalidade individual, negando-lhe a manutenção do contrato. No que concerne às repercussões do evento danoso, presumo que a situação descrita provocou relevante angústia no apelado.

Com relação ao nível socioeconômico das partes, observo que o apelado é professor, e que a apelante é empresa com notável capacidade financeira, tomando-se como referência seu capital social, estimado em mais de quatrocentos milhões de reais (R\$ 88). O *quantum* arbitrado, portanto, deve ser suficiente para desestimular o seu comportamento lesivo, tornando-lhe mais atraente zelar pela segurança de seus procedimentos do que custear indenizações irrisórias decorrentes de suas deficiências técnicas.

Faço às circunstâncias fáticas mencionadas, entendo que a sentença combatida está em conformidade com a doutrina e a jurisprudência, inclusive na mensuração necessária para a fixação do montante indenizatório, realizada com moderação, à luz dos princípios de razoabilidade e proporcionalidade.

O recurso, portanto, seja pela sua manifesta improcedência, seja por estar em flagrante confronto com jurisprudência dominante do Tribunal de Justiça de Pernambuco e do Superior Tribunal de Justiça, impõe ao Relator a observância da previsão contida no "caput" do art. 557, do Código de Processo Civil, o qual dispõe:

Art. 557. O relator negará seguimento a recurso manifestamente inadmissível, improcedente, prejudicado ou em confronto com súmula ou com jurisprudência dominante do respectivo tribunal, do Supremo Tribunal Federal, ou de Tribunal Superior.

Ante o exposto, com fulcro no art. 557, "caput", do Código de Processo Civil, **NEGO SEGUIMENTO** à apelação cível aforada por sul américa seguro saúde s/a, mantendo incólume a sentença atacada.

Publique-se. Intimem-se.

Recife, 08 de setembro de 2014.

Stênio Neiva Coêlho

Desembargador Relator"

Analizando a argumentação apresentada pelo agravante, persisto no entendimento de que não restou demonstrado nos autos motivos capazes de modificar a decisão açoitada.

Nesse toar, conforme claramente se percebe, a decisão hostilizada encontra-se em perfeita consonância com o ordenamento jurídico e merece ser mantida por seus próprios fundamentos, sendo desnecessário repetir toda a argumentação desenvolvida na decisão vergastada.

Ante o exposto, com fundamento na legislação e jurisprudências aplicáveis ao caso concreto, voto no sentido de manter incólume a decisão hostilizada, **NEGANDO PROVIMENTO** ao presente recurso, nos termos da fundamentação supra.

É como voto.

Recife, 23 de setembro de 2014.


Stênio Neiva Coêlho
Desembargador Relator