A Quarta Turma consolidou o entendimento entre os colegiados de direito privado do Superior Tribunal de Justiça (STJ) ao estabelecer que as operadoras de planos privados de saúde não podem rescindir unilateralmente e sem motivo idôneo os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários.

Ao negar provimento ao recurso especial de uma operadora, o colegiado consignou que, nessa hipótese, as bases atuariais são semelhantes às das modalidades individual ou familiar, em que há maior vulnerabilidade do consumidor.

O caso julgado pelo STJ teve origem em ação ajuizada por uma empresa contábil após a operadora do plano rescindir unilateralmente o contrato coletivo firmado em 1994 e que contemplava apenas cinco beneficiários, todos com idade superior a 60 anos.

Em primeiro e segundo graus, a Justiça de São Paulo julgou a ação procedente e manteve vigente o contrato.

Três espécies

A relatora do recurso no STJ, ministra Isabel Gallotti, explicou que a **Lei 9.656/1998** distinguiu três espécies de contratação de plano ou seguro de assistência à saúde – individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão –, cujas características foram regulamentadas pela diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde (ANS) na **Resolução Normativa 195**.

Segundo ela, o plano individual ou familiar pode receber adesões livremente de pessoas naturais, "sendo lícitas as cláusulas contratuais que estabeleçam prazos de carência e exigências mais severas ou coberturas parciais temporárias para os casos de doenças preexistentes".

Já o plano empresarial é destinado ao conjunto de indivíduos ligados a determinada pessoa jurídica por vínculo jurídico empregatício ou estatutário, podendo a cobertura abranger sócios, administradores, funcionários demitidos, aposentados e estagiários, bem como seus familiares.

Por fim, no coletivo por adesão, podem aderir aqueles que tenham vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos profissionais, entidades de classe, sindicatos, cooperativas e entidades estudantis.

A ministra esclareceu que, para as duas espécies de contratação coletiva – empresarial ou por adesão –, a Resolução 195 proíbe que as operadoras "selecionem riscos entre os beneficiários mediante o acréscimo de exigências diversas das necessárias para o ingresso nos quadros da pessoa jurídica contratante". No entanto, permite a inclusão de cláusula que preveja o encerramento do contrato ou a suspensão das coberturas, observando, no caso de rescisão imotivada, o prazo mínimo de 12 meses de vigência da contratação e a notificação com antecedência mínima de 60 dias.

Para a ministra, a distinção entre os planos individuais ou familiares e os de natureza coletiva feita pela lei e pela ANS "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".

Regime de grupamento

A relatora ressaltou que, no caso da empresa de pequeno porte, o reduzido número de filiados impõe 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 margem de negociação da empresa estipulante".

Segundo Gallotti, essas circunstâncias tornam as bases atuariais dos contratos de planos de saúde coletivos com poucos aderentes semelhantes às das modalidades individual ou familiar, sendo essa a razão pela qual a ANS estabelece regras de agrupamento de contratos com menos de 30 usuários, quantidade que instituiu como vetor para a apuração do reajuste das mensalidades de cada um dos planos agrupados.

"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", afirmou a relatora.

Em seu voto, a ministra lembrou que esse foi o entendimento adotado pela Terceira Turma no julgamento do **REsp 1.553.013**, de relatoria do ministro Villas Bôas Cueva.

Leia o acórdão**.**

Esta notícia refere-se ao(s) processo(s): **REsp 1776047**

Fonte: STJ, em 02.05.2019.