

Ao Sr. Rodrigo Ricupero,

Consultante: Associação dos Docentes da USP - ADUSP

Nota técnica.

Objeto: Análise da legalidade e regularidade da migração de plano de saúde atualmente realizada por docentes e servidores da USP, especificamente no que concerne à nova apólice aderida por estes junto à operadora Bradesco Saúde e a administradora de benefícios Qualicorp. Ainda, o exame foi realizado comparativamente à Apólice n. 8270, contrato de Seguro Saúde estipulado pela Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo, também operado pela Bradesco Saúde, extinto em decorrência da citada migração.

ÍNDICE

I. DA MIGRAÇÃO.....	02
I.1. Das espécies de contratação de plano de assistência à saúde.....	02
I.2. Da migração de Contrato Coletivo Empresarial para Contrato Coletivo por Adesão.....	02
II. DA APÓLICE COLETIVA EMPRESARIAL 8270.....	04
III. DO NOVO PLANO COLETIVO POR ADESÃO.....	05
III.1. Taxa de angariação.....	06
III.2. Do reajuste no valor do plano anual e da mudança por faixa etária.....	06
III.3. Dos valores cobrados a título de coparticipação.....	12
III.4. Da ausência de cláusula referente ao benefício da remissão.....	13
III.5. Da cláusula 22 - patente nulidade na vedação expressa na continuidade do plano em relação a servidores demitidos e aposentados.....	17
III.6. Da cobertura assistencial.....	24
IV. CONCLUSÕES.....	25
V. PEÇAS QUE ACOMPANHAM A NOTA TÉCNICA.....	27

I. DA MIGRAÇÃO

I.1. Das espécies de contratação de plano de assistência à saúde

A Lei 9.656/1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, distingue 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. 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 (art. 4º da Resolução Normativa 195).

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 contrato **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. Nos contratos coletivos por adesão, que é o caso no qual se encaixa o objeto deste estudo, as empresas intermediárias (associações e sindicatos, ou seja, as empresas detentoras do vínculo coletivo associativo desses contratos, caracterizada aqui pela Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil - SASPB), não contribuem no pagamento da mensalidade do plano. Assumem o papel de representantes de classes.

I.2. Da migração do Contrato Coletivo Empresarial para Contrato Coletivo por Adesão

A denominada migração de plano de saúde ocorre quando há a celebração de um novo contrato, com a mesma operadora, acarretando a extinção do contrato antigo. No presente caso, os contratantes, servidores da Universidade de São Paulo - USP, estavam

albergados pela Apólice 8270, Seguro Saúde de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar estipulada pela Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo – FUSP e operada pela Bradesco Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde - ANS sob o número 005711. A modalidade da Apólice era Coletiva Empresarial **(DOC. 01)**.

A migração se deu da modalidade coletivo empresarial para contrato coletivo por adesão, também operado pela Bradesco Saúde, possuindo como administradora do benefício a empresa Qualicorp, registrada na ANS sob o nº 417173, estabelecido por meio do vínculo Associativo com a SASPB- Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil, entidade conveniada à Qualicorp **(DOC. 03)**. A modalidade contratual foi modificada, portanto, de **contrato coletivo empresarial** para **contrato coletivo por adesão**, cujas mudanças serão adiante explicadas.

Como justificativa para a migração, a FUSP arguiu que:

A apólice atual do segurado FUSP está na modalidade Coletiva Empresarial que, segundo a Resolução Normativa RN 195 da ANS, só é permitida com vínculo empregatício direto com a FUSP, condição não preenchida pelos servidores USP. A modalidade correta e possível para os servidores USP é a Coletivo por Adesão que, segundo a mesma RN195, é estabelecida por meio de um vínculo associativo (entidade de caráter associativo, classista ou setorial). É justamente para esta modalidade que estamos migrando.

A justificativa foi apresentada em documento denominado “Informações sobre a Migração Apólice Seguro Saúde Bradesco” **(DOC. 04)**, no qual foram expostos alguns pontos que a Fundação entendeu serem pertinentes, com a finalidade de comparar os contratos antes e depois da migração. Todavia, a justificativa para a necessidade da migração se mostrou genérica, uma vez que a Resolução Normativa da ANS apontada foi publicada em 2009, não havendo recente determinação legislativa para que os planos se adequem a ela. A migração está correta, porquanto devida a adequação à citada Resolução. Todavia não há fundamento para que essa migração tenha ocorrido neste ano, dez anos após a publicação da RN 195 da ANS.

II. DA APÓLICE COLETIVA EMPRESARIAL 8270

A Apólice 8270, estipulada pela Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo – FUSP e operada pela Bradesco Saúdes, registrada na ANS sob o número 005711, possuía o objetivo de garantir o reembolso ao segurado das despesas médico-hospitalares decorrentes de doença ou acidente pessoal, efetuadas com o seu tratamento ou de seus dependentes devidamente incluídos na apólice **(DOC. 01)**.

Este contrato passou por uma adaptação - Termo de Adaptação do contrato de seguro de reembolso de despesas de assistência médico-hospitalar à Lei nº 9.656/98 **(DOC. 02)** - a fim de adequar-se às garantias mínimas definidas pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como em relação aos índices de reajustes determinados na referida legislação. Conforme justificativa descrita no Termo:

*A proposta de Adaptação e este Termo de Adaptação passam a integrar o contrato, para todos os efeitos.
A cobertura assistencial e as condições de acesso serão ampliadas com vistas a respeitarem as garantias mínimas definidas em Lei nº 9.656/98, ficando assegurada a cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Vigente, bem como suas atualizações, considerando a segmentação contratada e sem prejuízo das coberturas previstas no contrato de origem.*

Além disso, a apólice oferecia aos usuários dois tipos/modalidades de planos, o Multi-Top (cobertura para conselhos, exames, internações) e o Multi-Hospitalar (cobertura somente em regime de internação). O valor do prêmio mensal variava de R\$ 399,00 a R\$ 2.392,00 no Plano Multi Top e de R\$ 199,50 a R\$ 1.196,00 no Plano Multi Hospitalar. Previa um percentual de coparticipação de 30%.

Tanto o servidor estatutário quanto o celetista permaneciam no plano após a aposentadoria. Também, em caso de falecimento do Segurado titular na vigência do contrato de seguro, havia a garantia contratual de que os dependentes principais incluídos na apólice permaneceriam sob a cobertura durante, ao menos, 1 (um) ano desobrigados do prêmio.

III. DO NOVO PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Os novos planos oferecidos são o Bradesco Saúde Top Nacional 2 Q CA copart 9 e Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CA copart 9. A única diferença entre os planos é que, no primeiro a acomodação em internação é individual, e, no segundo, coletiva (pág. 02, DOC. 03). O reajuste é anual e vinculado à autorização da ANS. A mudança de preço por faixa etária está disposta na Cláusula 18, página 06 da apólice, e obedece a Lei nº 9.656/98, com a última faixa etária aos 59 anos. Igualmente ao contrato anterior, prevê o pagamento de coparticipação em eventos de saúde, este no percentual de 20%.

Referente aos servidores demitidos e aposentados, prevê, na Cláusula 22, a descontinuidade do Plano. Não possui cláusula tratando do falecimento dos usuários, de modo que não há previsão acerca da continuidade do Plano aos dependentes dos servidores neste caso específico.

Em verdade, conforme previsto no artigo 20 da Resolução Normativa 254/2011 da ANS, nenhuma adaptação ou migração de contrato pode ocorrer por decisão unilateral da operadora, ficando assegurado aos responsáveis pelos contratos ou beneficiários, que por elas não optarem, a manutenção do contrato de origem. Uma vez realizada a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem, conforme artigo 22 da mesma Resolução.¹ No entanto, no caso em avaliação não houve essa opção, sendo determinada a migração sem a opção de manutenção do contrato originário.

Acerca do objeto do presente parecer, análise da legalidade e regularidade da migração referida, especificamente no que concerne à nova apólice aderida pelos servidores junto à operadora Bradesco Saúde e a administradora de benefícios Qualicorp,

¹ Art. 20 Nenhuma adaptação ou migração de contrato pode ocorrer por decisão unilateral da operadora, ficando assegurado aos responsáveis pelos contratos ou beneficiários, que por elas não optarem, a manutenção do contrato de origem.

(...)

Art. 22 Uma vez efetivada a adaptação ou a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem.

comparativamente à Apólice n. 8270, exsurge a análise pormenorizada de diversas questões, conforme adiante será exposto.

III. 1. Taxa de angariação

Acerca do questionamento por parte de alguns servidores sobre a Cláusula “Taxa de angariação”, constante do novo contrato aderido (pág. 03 – **DOC. 03**), em contato com a QUALICORP foi informado que essa taxa não foi cobrada dos servidores da USP que realizaram a migração, nem será cobrada dos novos aderentes.

III.2. Do reajuste no valor do plano anual e da mudança por faixa etária

Determina a Cláusula 18 do Contrato de Adesão em análise:

18. Independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal do benefício poderá sofrer os seguintes reajustes: (i) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias, nunca ocorrendo, porém, em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contados da data de assinatura da apólice coletiva ou da última aplicação do reajuste anual; (ii) reajuste por mudança de faixa etária, que ocorre quando o beneficiário completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir; (iii) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS, contratado(s) entre a Administradora de Benefícios e a Operadora, além de previamente comunicado(s) ao beneficiário.

Os valores pagos às operadoras e administradoras de benefícios para uso do plano de saúde sofrem dois tipos de alterações: reajustes anuais do contrato e mudanças de valor base por faixa etária. Em que pese muitos servidores tenham aderido à Apólice 8270 anteriormente à 1998, ano em que passou a vigorar a Lei 9.656/98, em se tratando de migração, o novo contrato passa a ter dez faixas etárias, por força de norma contida da ANS², sendo o último reajuste aos 59 anos (Cláusula 18, pág. 06), quais sejam:

- I- 0(zero) a 18 (dezesete) anos de idade;
- II- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- III- 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- IV- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- V- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- VI- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- VII- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- VIII- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- IX- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
- X- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Anteriormente, para os contratos firmados entre janeiro/99 a dezembro/03, as variações nos valores deveriam se dar conforme as seguintes faixas etárias:

- I- 0(zero) a 17 (dezesete) anos de idade;
- II- 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;
- III- 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
- IV- 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
- V- 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;
- VI- 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
- VII- 70 (setenta) ou mais.

A mudança legislativa teve como uma das finalidades proibir a mudança no valor por faixa etária após os 59 anos de idade dos segurados.

Em relação à nova apólice firmada, de acordo com artigo 15 da Resolução Normativa 437 da ANS, para o exercício da migração é necessário que a faixa de preço do plano regulamentado seja igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor da mensalidade do contrato de origem, acrescido do percentual de 20,59%. Já a Resolução 195 da Agência reguladora, em seu artigo 19, dispõe:

Art. 19 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do artigo 22 desta RN.

§1º Para fins do disposto no caput, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

§2º Em planos operados por autogestão, quando a contribuição do beneficiário for calculada sobre a remuneração, não se considera reajuste o aumento decorrente exclusivamente do aumento da remuneração.

§3º Em planos operados por autogestão, patrocinados por entes da administração pública direta ou indireta, não se considera reajuste o aumento que decorra exclusivamente da elevação da participação financeira do patrocinador. (Redação dada pela RN nº 204, de 2009)

§4º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço pós estabelecido. (Incluído pela RN nº 204, de 2009)

Ato contínuo, cabível citar o disposto no artigo 22 da citada Resolução:

Art. 22 O disposto nesta seção não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998. (sem grifo no original)

Na prática, nos planos de saúde coletivos os reajustes anuais do plano de saúde são determinados pela operadora, no caso, a Bradesco Saúde. Apesar de ter permanecido a mesma operadora, os servidores, ao realizarem a migração, sofreram reajustes nos valores pagos à título de mensalidade, pois, conforme o artigo 22 da Resolução 195 da ANS, a mudança do valor da contraprestação pecuniária está autorizada justamente em decorrência da migração.

Ainda, a migração realizada coincidiu temporalmente com o reajuste anual regulamentado pela ANS, que neste ano de 2019 foi divulgado no dia 23/07, definindo-se como percentual máximo de reajuste que poderá ser aplicado nas mensalidades dos planos de saúde individuais ou familiares com aniversário no período de maio de 2019 a abril de 2020

o índice de 7,35%. Para chegar a esse percentual, conforme informação extraída do site da Agência³, foi utilizada metodologia de cálculo que combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) - retirando-se deste último o item plano de saúde. No entanto, **esse modelo e cálculo baseia-se diretamente no segmento de planos individuais.**

A ANS regula tanto os planos individuais/familiares quanto os coletivos, inclusive no que se refere ao reajuste anual. Todavia, em relação aos coletivos, apresenta uma postura de “monitoria” no que tange aos percentuais anuais aplicados pelas operadoras.

Neste âmbito, há decisões provenientes do Tribunal de Justiça de São Paulo, com entendimento de que os contratos coletivos não se submetem aos índices regulares divulgados pela ANS, uma vez que nesta modalidade contratual vigoraria a livre negociação entre as partes (a exemplo, Agravo de Instrumento 2028789-14.2019.8.26.0000; Relator (a): Ana Maria Baldy; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mauá - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/10/2013; Data de Registro: 25/07/2019 – **DOC. 08**)

Ocorre que este posicionamento não impede a análise de eventuais abusividades, uma vez que também remanesce o entendimento no sentido de que, ainda que o contrato celebrado pelas partes tenha natureza coletiva e que, por isso, seja tratado de forma diferente dos pactos de natureza individual, há que se reconhecer que o destinatário final do contrato é o consumidor, que possui proteção legislativa por meio do Código de Defesa do Consumidor (a exemplo, Apelação Cível 1013714-90.2018.8.26.0224; Relator (a): José Aparício Coelho Prado Neto; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Guarulhos - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/07/2019; Data de Registro: 24/07/2019 – **DOC. 09**).

Nesse mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. TRABALHADOR APOSENTADO. ART. 31 DA LEI Nº 9.656/98. CUSTEIO

³ <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5080-ans-limita-em-o-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-ou-familiares>

INTEGRAL. REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ADMISSIBILIDADE.

AFERIÇÃO DE EVENTUAL ABUSIVIDADE DEVE SER FEITA PELA CORTE DE ORIGEM.

1. 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.

2. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, quando do julgamento do REsp nº 1.280.211/SP, firmou o entendimento de ser, em princípio, idôneo o reajuste de mensalidade de plano de saúde em razão da mudança de faixa etária do participante, pois com o incremento da idade há o aumento de risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica. **Entretanto, para evitar abusividades, devem ser observados alguns parâmetros, como a expressa previsão contratual; não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso, dado que aumentos elevados sobretudo para essa última categoria poderá, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e serem respeitadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais (Resolução CONSU nº 6/98 ou Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS).**

3. Uma vez afastado o entendimento do acórdão acerca da impossibilidade de reajuste por faixa etária, deve a Corte local, com base nas provas dos autos e no contrato firmado entre as partes, analisar se o reajuste por faixa etária aplicado no caso concreto atende ou não aos parâmetros estabelecidos pelo STJ no julgamento do REsp nº 1.280.211/SP, para fins de aferição de eventual abusividade.

4. Agravo interno não provido. (AgInt nos EDcl no AREsp 1073880/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 13/06/2017, DJe 19/06/2017)

Da análise das informações disponibilizadas pelo consulente **não se verificou abusividades nos aumentos realizados (DOC. 07)**, porquanto os valores pagos pelos contratantes nos meses de junho/julho (antes e depois da migração) variaram em média 20%, índice de reajuste utilizado pela Bradesco Saúde em 2019, além dos valores terem sido reajustados pela mudança de faixa etária, conforme tabela anteriormente colacionada. Este

reajuste, anual, além de previsão legislativa, também encontra previsão contratual – Cláusula 18, com a demonstração de tabela de reajuste por faixa etária.

Mas, independentemente dessas previsões, sempre que o consumidor for vítima de reajuste considerado excessivo e injustificado, lhe será possível discutir no Judiciário a validade do aumento. Em consonância ao entendimento do Superior Tribunal de Justiça, que entende que *aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso, dado que aumentos elevados sobretudo para essa última categoria poderá, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano*, estes devem ser considerados abusivos e, assim, readequados, nos termos da decisão supra colacionada. Desse modo, no caso da ocorrência de abusividade no aumento estipulado pela operadora, é viável o questionamento do reajuste na Justiça.

Acerca da possível judicialização da causa, cumpre citar pesquisa feita pelo Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), que analisou 113 decisões de tribunais de 10 estados do País e do STJ (Superior Tribunal de Justiça), publicadas entre 2013 e 2017, através da qual concluiu-se que, de três em cada quatro consumidores que entram na Justiça questionando os reajustes de seus planos de saúde coletivos conseguem suspender o aumento.

A pesquisa também mostrou que, em média, os percentuais dos reajustes questionados em juízo são de 89%, sendo que nenhum aumento contestado foi menor do que 11%. Outro fator importante detectado sobre o percentual de reajustes é que as chances de a Justiça os suspender são maiores quando o índice fixado pela operadora é de 30% ou mais. Entre os casos com aumentos até 29,9%, só em 43,5% dos casos o reajuste foi anulado.⁴

Como critério objetivo, além das informações supra colacionadas, apesar da ANS, em relação aos planos coletivos, apresentar uma postura somente de acompanhamento, no

⁴ <https://idec.org.br/pesquisa-do-idec/plano-de-saude-coletivo-justica-suspende-reajuste-em-75-dos-casos>

que tange aos percentuais anuais aplicados pelas operadoras, recomenda-se a utilização como parâmetro dos percentuais autorizados pela Agência.

Consoante o exposto, conclui-se que as contratadas Qualicorp e a Bradesco estão autorizadas a modificar os valores pagos ao Plano em decorrência da mudança de faixa etária, além de aplicar reajustes anuais, tendo em conta, inclusive, a regular previsão contratual. No caso de o consumidor sentir-se demasiadamente prejudicado, há a necessidade de análise dos casos de forma individual, e, caso verificada a abusividade, o ingresso com demanda particular para questionamento do aumento da mensalidade.

III.3. Dos valores cobrados a título de coparticipação

A coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde. No que pertine aos valores cobrados a título de coparticipação dos segurados, o Manual do Segurado Fusp, complemento da Apólice 8270 apresentando a cobertura do Plano, previa (pág. 10, DOC. 06):

Coparticipação Financeira

A coparticipação financeira ocorre somente nos casos considerados como evento de pequeno risco, sendo de 30% (trinta por cento) nos casos de consultas, exames simples e terapias. O desconto ocorre no final do mês subsequente ao atendimento, por ocasião do pagamento do salário. (grifamos)

E, no caso dos procedimentos de psiquiatria:

*Somente em Psiquiatria, o percentual de coparticipação **equivale ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** que estiver vigente à época da contratação do seguro, e, **na ausência** do percentual máximo, **a participação será de 50% (cinquenta por cento)**. (grifamos)*

Esta mesma norma, em palavras idênticas, está prevista no ponto 4.3, subponto C.1., página 25, do Manual Bradesco, anexo à nova apólice aderida pelos servidores. Sobre a coparticipação, a nova apólice prevê no artigo 9 a coparticipação nos eventos, **determinando o percentual de 20% do valor do evento**. Ou seja, houve redução de 10% no valor da coparticipação para as mesmas coberturas.

A ANS, acerca do ponto, editou a Resolução Normativa nº 433, de 27 de junho de 2018, dispondo sobre mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar. Por essa Resolução, a ANS incluía cobranças de coparticipação e franquia aos planos de saúde, motivo pelo qual a OAB apresentou Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 532, contrária à norma.

Na ADPF, a OAB pediu a urgente suspensão da resolução por ofensa a diversos preceitos constitucionais, como o preceito fundamental da separação dos Poderes e os princípios da legalidade e do devido processo legal. A resolução questionada, dentre outras atribuições, previa que os beneficiários dos planos de assistência à saúde poderiam pagar até 40% do valor de procedimentos como consultas e exames no modelo de coparticipação, além de introduzir a modalidade de franquia para firmar novos contratos de assistência à saúde, conforme informado pelo Supremo Tribunal Federal. A medida foi acolhida pelo Supremo, e, assim, foi suspensa a Resolução⁵. Após, esta norma foi revogada pela Resolução Normativa 434/2018. Neste momento, a ANS se propõe a debater o tema, sem Resolução normativa em vigor.

III.4. Da ausência de cláusula referente ao benefício da remissão

A Apólice 8270 previa que, em caso de falecimento do Segurado titular, na vigência do contrato de seguro, os dependentes principais incluídos na apólice permaneceriam sob a cobertura durante 1 (um) ano desobrigados do prêmio (artigo 22 – cláusula adicional de remissão por morte de segurado titular). Trata-se do chamado período de remissão. **O atual contrato não possui disposição em relação a esse tipo de situação.**

No que concerne a legislação, prevê o parágrafo 3º do artigo 30 da Lei nº 9.658/98:

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

⁵ <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=384048>

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Vide Medida Provisória nº 1.665, de 1998) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. (Vide Medida Provisória nº 1.685-5, de 1998) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

O referido artigo prevê três situações de manutenção do plano de saúde, quais sejam, em caso de rescisão e exoneração (caput) ou morte do titular (§ 3º). O § 1º regulamenta que o período de manutenção do beneficiário em caso de rescisão ou exoneração será de um terço do tempo total de permanência no plano de saúde, assegurando-se o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses. Por sua vez, o § 3º expõe que, em caso de morte do titular, resguarda-se o direito de permanência dos dependentes, nos mesmos moldes temporais.

Ou seja, deve-se considerar também para o caso de morte do titular as limitações impostas às situações de rescisão e exoneração, quais sejam, a restrição do período de manutenção a depender do tempo de permanência (§ 1º), bem como a assunção do pagamento integral (caput) após esse período. Assim sendo, a aplicação do § 3º do art. 30 da

Lei nº 9.656/1998 está condicionada a duas espécies de limitação, a temporal e a contraprestação pecuniária.

Em outras palavras, da leitura dos parágrafos 1º e 3º do art. 30 da Lei 9.656/98, depreende-se que, caso o titular venha a óbito, seus dependentes têm assegurado o direito de manutenção da condição de beneficiários por um período correspondente à terça parte do tempo de permanência no plano de saúde, assegurando-se o mínimo de seis meses. Desta forma, denota-se que o direito à permanência dos dependentes em caso de morte do segurado está garantido pela legislação infraconstitucional.

Apesar dessa previsão, é comum a recusa por parte das operadoras e administradoras na continuidade do plano nessa hipótese, justificando a negativa no fato de que os dependentes não preenchem o requisito de elegibilidade, consistente na condição de serem vinculados a entidades de caráter profissional, classista ou setorial, segundo o disposto nas Resoluções Normativas nºs 195 e 196 da ANS, isto nos casos de planos coletivos por adesão. Nessa hipótese, o entendimento errôneo das operadoras tem sido reformado pelo judiciário:

PLANO DE SAÚDE. Morte do titular do plano. Rescisão unilateral. Descabimento. Em caso de morte do titular há direito de permanência dos dependentes. Artigo 30, § 3º, da Lei 9.656/98. Situação que não se enquadra nas hipóteses de rescisão unilateral do artigo 13, da Lei nº 9.656/98. Cabível o reembolso dos valores pagos a maior, relativos ao beneficiário falecido. Honorários majorados. Recurso não provido. (TJSP; Apelação Cível 1012215-31.2018.8.26.0011; Relator (a): Fernanda Gomes Camacho; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 08/08/2019; Data de Registro: 08/08/2019) grifamos

Apelação cível. Plano de saúde coletivo. Ação de obrigação de fazer. Falecimento do titular do plano. Cancelamento compulsório do contrato da autora, dependente do plano de saúde. Sentença de procedência determinando a manutenção do contrato. Inconformismo das corrés. Ilegitimidade passiva suscitada pela administradora do plano de saúde. Desacolhimento. Administradora e operadora do plano de saúde que perante o consumidor integram a mesma cadeia de fornecimento. Responsabilidade solidária. Aplicação do art. 7º, par.

único do CDC. Preliminar rejeitada. Código de Defesa do Consumidor. Aplicabilidade. Artigos 2º e 3º da Lei nº 8.078/1990. Súmulas nº 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça e nº 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça. Fornecedor que deve assumir o risco do negócio que está fornecendo. Caveat venditor. **Extinção do contrato com o falecimento do titular. Impossibilidade. Aplicação, por analogia, do § 3º, art. 30 da Lei 9.656/98 e Súmula 13 da ANS.** Continuidade da cobertura garantida, excluindo-se da prestação mensal a cota do titular falecido. Sentença mantida. Recursos desprovidos. (TJSP; Apelação Cível 1002797-35.2019.8.26.0011; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 06/08/2019; Data de Registro: 06/08/2019) grifamos.

Inclusive, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 13, que dá o entendimento de que o término do período de remissão não extingue o contrato de plano:

SÚMULA NORMATIVA Nº 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2010.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso da competência que lhe conferem os arts. 3º e 4º, incisos II, XXIV e XXVIII, combinado com o art. 10, inciso II, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com o inciso III do art. 6º do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando os princípios dispostos no texto da Constituição da República de 1988, especialmente o da igualdade (art. 5º, caput), o da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III), o da liberdade (art. 5º, caput), o da proteção da segurança jurídica e o da proteção à entidade familiar (art. 226, § 4º);

Considerando as hipóteses de manutenção de titularidade, previstas no art. 6º, § 2º, da RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e no art. 3º, § 1º, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

RESOLVE:

Adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 – O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo. (grifo nosso)

Significa dizer que os dependentes, após o período de remissão, assumem o pagamento das mensalidades e têm garantido o direito de manutenção do plano nas mesmas condições contratuais, arcando nesta oportunidade com os valores desse contrato de plano de saúde. A extinção desses contratos é considerada infração legal, passível de multa.

No caso do contrato em análise, com o intuito de evitar futuro ingresso com múltiplas ações judiciais, diante da ausência de cláusula que trate do benefício de remissão, apesar da proteção legislativa, seria possível o ingresso com ação coletiva (ação civil pública), sob autoria da Associação consulente, para que seja incluída cláusula que assegure a continuidade do plano em caso de falecimento do titular, nos moldes do contrato anterior. A medida visa resguardar o consumidor que eventualmente se encontrar nessa situação, servidor da USP. Da mesma forma, cabe o ingresso com demanda individual.

III.5. Da Cláusula 22 - Patente nulidade na vedação expressa na continuidade do plano em relação a servidores demitidos e aposentados.

A cláusula 22 do Contrato de Adesão em análise dispõe:

Não haverá nenhuma continuidade deste benefício nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este benefício.

Tentam a administradora e a operadora, de forma abusiva, diferenciar o contrato coletivo por adesão do contrato coletivo empresarial no que tange à continuidade do plano nas situações mencionadas.

Sobre o tema, o art. 30 da Lei 9.656/1998, Lei dos Planos de Saúde, dispõe que o consumidor que contribuir para plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, em caso de rescisão do vínculo empregatício ou demissão sem justa causa, pode continuar usufruindo do plano, desde que passe a pagar integralmente as mensalidades:

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.

§ 1o - O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2o A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3o Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4o O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5o A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego

§ 6o Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Já o artigo 31 assegura esse direito aos aposentados:

*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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

*§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. (Vide Medida Provisória nº 1.908-20, de 1999) (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

(Vide Medida Provisória nº 1.665, de 1998)

Para que o aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa seja mantido no plano, nos termos do aludido artigo, devem ser observadas as seguintes condições:

- (i)** ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício;
- (ii)** ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde;
- (iii)** assumir o pagamento integral do benefício;
- (iv)** não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde e;
- (v)** formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

O direito ao uso do plano é extensivo obrigatoriamente ao grupo familiar que estava inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, se assim desejar o ex-empregado demitido ou aposentado.

Conforme anteriormente exposto, a contratação do plano de saúde em questão foi realizada na modalidade coletivo por adesão, estabelecida por meio do vínculo Associativo com a SASPB - Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil, entidade conveniada à Qualicorp.

Nesse ínterim, cabível ater-se no objetivo dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, porquanto o foco de proteção legal é o estado de desemprego involuntário do trabalhador,

seja por demissão, seja por aposentadoria. E, em relação ao caso em concreto, apesar de o vínculo com o plano se dar de forma associativa, pode ser equiparada a uma dispensa de um trabalhador submetido ao regime celetista (art. 30 da Lei nº 9.656/1998).

Isto porque a importância da manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos foi uma preocupação do legislador, ao estabelecer o marco regulatório da prestação dos serviços de saúde suplementar. A Lei n. 9.656/98, ao albergar o contribuinte de plano coletivo que sofreu com a perda do vínculo trabalhista, disciplinada no art. 30, e o empregado aposentado, disciplinado no art. 31, demonstra clara preocupação na garantia ao contribuinte do direito de manter a condição de beneficiário, nas mesmas condições anteriores à dispensa ou aposentadoria (desde que preenchidas determinadas condições).

Essa preocupação em não deixar desamparado o consumidor de plano de saúde na modalidade de contratação coletiva, de forma a não frustrar suas expectativas de segurança quanto à eliminação de riscos à sua saúde e de seus dependentes, que tinha ao ingressar no contrato coletivo, se mostra clara pela leitura da regra, com a realização da necessária interpretação legislativa.

Acerca deste debate, cumpre ressaltar que, considerando que os servidores da Universidade de São Paulo - USP são, majoritariamente, servidores públicos estatutários – em grande maioria com estabilidade no cargo - o ponto de maior atenção se dá em relação à vedação expressa na cláusula referente à continuidade do plano no caso de aposentadoria.

Nesse seguimento, ainda que a lei não faça referência expressa ao contrato coletivo por adesão, cabível a aplicação do mesmo princípio protetivo presente no 31 da Lei 9.656/98 a este tipo de contrato, utilizando-se de interpretação analógica, diante da necessidade de se proteger o consumidor de plano coletivo aposentado.

Importante também ressaltar que a ANS assegura ao aposentado o direito de manter um ou todos os familiares já vinculados ao plano de saúde antes do fim do contrato laboral, desde que este assumo o pagamento correspondente.

Em suma, nos planos coletivos em que há participação do beneficiário no custeio do plano, devem constar os direitos dos demitidos sem justa causa e dos aposentados da manutenção da condição de beneficiário e, ainda, garantia de ingresso em plano individual ou familiar no caso de cancelamento deste benefício coletivo pelo empregador.

Nesse sentido, ementa de decisão advinda do Superior Tribunal de Justiça:

CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA ABUSIVA. NULIDADE. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA SEGURADORA. LEI 9.656/98. É nula, por expressa previsão legal, e em razão de sua abusividade, a cláusula inserida em contrato de plano de saúde que permite a sua rescisão unilateral pela seguradora, sob simples alegação de inviabilidade de manutenção da avença. Recurso provido” (STJ, REsp 602397-RS, rel. Min. Castro Filho, 3a. Turma, DJ 1.8.2005, p. 443).

Ainda, o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão instituído pela Lei nº 9.656/98, para desempenhar as atribuições normativas da prestação dos serviços de saúde suplementar – antes da criação da ANS -, levou em consideração a importância da manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos e redigiu resolução estabelecendo como obrigação das operadoras a absorção do universo de consumidores oriundos de planos coletivos liquidados ou encerrados. A Resolução n. 19 do CONSU estabelece no seu art. 1o. que:

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.

O parágrafo segundo desse mesmo artigo estende a obrigação da operadora, quanto à continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, a todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular, senão, vejamos:

Art. 2º Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.

Parágrafo único – O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o caput.

Deste modo, a vedação expressa no apontado artigo 22 do contrato de adesão analisado é passível de anulabilidade, por afrontar o sistema protetivo estabelecido no Código de Defesa do Consumidor, na Lei nº 9.656/98 e nas demais regulamentações apresentadas. Acerca das vedações aos fornecedores de produtos, dispõe o artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: (Redação dada pela Lei nº 8.884, de 11.6.1994)

I - condicionar o fornecimento de produto ou de serviço ao fornecimento de outro produto ou serviço, bem como, sem justa causa, a limites quantitativos;

II - recusar atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes;

III - enviar ou entregar ao consumidor, sem solicitação prévia, qualquer produto, ou fornecer qualquer serviço;

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;

V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;

VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes;

VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;

VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);

IX - recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais; (Redação dada pela Lei nº 8.884, de 11.6.1994)

X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços. (Incluído pela Lei nº 8.884, de 11.6.1994)

XI - Dispositivo incluído pela MPV nº 1.890-67, de 22.10.1999, transformado em inciso XIII, quando da conversão na Lei nº 9.870, de 23.11.1999

XII - deixar de estipular prazo para o cumprimento de sua obrigação ou deixar a fixação de seu termo inicial a seu exclusivo critério. (Incluído pela Lei nº 9.008, de 21.3.1995)

XIII - aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido. (Incluído pela Lei nº 9.870, de 23.11.1999)

XIV - permitir o ingresso em estabelecimentos comerciais ou de serviços de um número maior de consumidores que o fixado pela autoridade administrativa como máximo. (Incluído pela Lei nº 13.425, de 2017)

Parágrafo único. Os serviços prestados e os produtos remetidos ou entregues ao consumidor, na hipótese prevista no inciso III, equiparam-se às amostras grátis, inexistindo obrigação de pagamento.

Além disso, também diante do disposto no artigo 51 do CDC, é possível arguir a nulidade da cláusula imposta, pois visivelmente o consumidor encontra-se em desvantagem perante a Bradesco Seguros e à Qualicorp:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;

II - subtraíam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;

III - transfiram responsabilidades a terceiros;

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

V - (Vetado);

VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;

VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;

VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;

IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;

X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;

XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;

XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;

XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;

XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;

XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.

§ 3º (Vetado).

§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.

Diante do exposto, caberia pleitear através do ajuizamento de ação coletiva (ação civil pública) ou ação individual, a declaração de nulidade da cláusula que possibilita a rescisão unilateral imotivada do contrato em caso de demissão e aposentadoria.

III.6. Da cobertura assistencial

A cobertura do plano está prevista no Manual do Beneficiário (http://qualicorp.srv.br/Manual_Bradesco.pdf - **DOC. 04**), o qual faz referência ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - ANS. Destaca-se que, no endereço virtual da Operadora – Bradesco Saúde - não consta especificamente os planos oferecidos aos servidores da USP (Bradesco Saúde Top Nacional 2 Q CA copart 9 e Bradesco Saúde Top Nacional 2 E CA copart 9). Todavia, em contato com a Qualicorp, a mesma informou que o Manual colacionado é utilizado para diversos planos, dentre os quais os oferecidos aos servidores da USP.

Sobre as garantias de cobertura, a partir da página 20 do referido Manual estão descritos os tipos de cobertura e exames que podem ser executados pelos segurados com reembolso, ou com pagamento direto a rede referenciada por parte dos contratantes. Ao longo da descrição, é arguido no Manual a preocupação em contemplar os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, em cumprimento ao disposto na Lei nº 9.656/98, e regras da ANS, do mesmo modo e nos mesmos termos em que ocorria no contrato anterior, Apólice 8270.

IV. CONCLUSÕES

Consoante o exposto, em síntese:

1. Em relação aos valores pagos a título de mensalidade, verifica-se que as contratadas Qualicorp e a Bradesco estão autorizadas a reajustar o Plano anualmente, bem como a realizar a mudança de valor em decorrência da faixa etária do beneficiário, tendo em conta a legislação aplicável, o entendimento jurisprudencial e a regular previsão contratual. Da análise dos valores mensais disponibilizados pela consulente, não se constatou irregularidade, ou abusividade, para a migração. No caso do demasiado prejuízo do consumidor, caso verificada a abusividade utilizando os critérios anteriormente expostos, é possível o ingresso com demanda particular para questionamento do aumento da mensalidade.

2. No tocante aos valores de coparticipação, o percentual foi modificado de 30% para 20% em relação a eventos gerais, e permaneceu de 50% em relação a psiquiatria (ponto III. 3);

3. Em relação a inexistência de previsão contratual acerca do benefício da remissão, com o intuito de evitar futuro ingresso com múltiplas ações judiciais, é possível o ingresso com ação judicial coletiva ou demanda individual para inclusão de cláusula que assegure a continuidade do plano em caso de falecimento do titular, nos moldes do contrato

anterior. A medida visa resguardar o consumidor que eventualmente se encontrar nessa situação, servidor da USP.

4. Sobre a cláusula 22, que veda a continuidade do plano em caso de demissão ou aposentadoria do servidor, também é possível o pleito coletivo ou individual para que seja declarada a nulidade da cláusula por todos os argumentos arguidos.

5. Sobre as partes passivas da demanda, cabe destacar a solidariedade entre os participantes da cadeia de fornecimento – Qualicorp e Bradesco Saúde -, que decorre do Código de Defesa do Consumidor, consoante se afere da redação contida no art. 7º, do CDC. Na esteira desse entendimento:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. CONSUMIDOR. SEGURADORA DE SAÚDE. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE. INVIABILIDADE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. NEGATIVA DE COBERTURA.

Não há que se falar, in casu, de ilegitimidade passiva da operadora de saúde, tendo em vista que por se tratar de relação de consumo, e que todos aqueles que integram a respectiva cadeia devem responder solidariamente por eventuais prejuízos causados ao consumidor, este pode acionar judicialmente qualquer integrante.

É abusiva a conduta de operadora de saúde que nega cobertura de atendimento a conveniado sob o argumento de que a eventual inadimplência do segurado gerou a automática e unilateral extinção contratual, sem, contudo, dar atendimento aos ditames da legislação de regência, notadamente a exigência constante no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

O fato de o consumidor ter que recorrer ao Poder Judiciário para garantir o direito a tratamento de sua saúde gera desgaste adicional a quem já se encontrava em situação de debilidade física e psíquica, e demonstra elevado grau de descaso da operadora de saúde para com a norma protetiva da vida e para com a qualidade da vida alheia, pelo que esse fato transcende o mero descumprimento contratual, indenizável, desse modo, por meio de danos morais.

Ambos os apelos foram conhecidos. O recurso do apelante-requerido restou desprovido; deu-se provimento ao apelo do autor-apelante, para majorar o valor da condenação em danos morais.”

(Acórdão n.913615, 20140110727687APC, Relator: GILBERTO PEREIRA DE OLIVEIRA, Revisor: MARIA DE LOURDES ABREU, 3ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 16/12/2015, Publicado no DJE: 27/01/2016. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

Isto é, caso ocorra o ingresso de qualquer demanda judicial que trate do contrato analisado, tanto a operadora quanto a administradora do benefício devem compor o polo passivo.

V. PEÇAS QUE ACOMPANHAM A NOTA TÉCNICA

- Apólice 8270 - **DOC. 01.**
- Termo de Adaptação do contrato de seguro de reembolso de despesas de assistência médico-hospitalar à Lei nº 9.656/98 - **DOC. 02.**
- Contrato Coletivo por Adesão - **DOC. 03.**
- Informações sobre a Migração Apólice Seguro Saúde Bradesco – **DOC. 04.**
- Manual do Beneficiário Bradesco – **DOC. 05.**
- Manual do Segurado Fusp – **DOC. 06.**
- Valores mensalidades servidores – **DOC. 07.**
- Decisão Agravo – TJSP – processo n. 2028789-14.2019.8.26.0000 - **DOC. 08.**
- Decisão Apelação Cível - TJSP – processo n. 1013714-90.2018.8.26.0224 - **DOC. 09.**