

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

APELANTE: UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO  
APELADO: MARLI CONSALTER UMBURANAS

EMENTA

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO – MORTE DO TITULAR – MANUTENÇÃO DO CONTRATO À DEPENDENTE IDOSA, APÓS O PERÍODO DE REMISSÃO – PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA – POSSIBILIDADE – SENTENÇA MANTIDA – HONORÁRIOS RECURSAIS – MAJORAÇÃO (ART. 85, §11º, DO CPC) – RECURSO DESPROVIDO.

É aplicável o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de seguro, na medida em que se trata de relação de consumo, consoante dispõe o artigo 3º, § 2º do CDC. Inteligência da Súmula 608 do STJ.

Em que pese expressa previsão contratual regulamentando a respeito do direito da permanência no plano de saúde, impondo limitações ao consumidor, referida cláusula pode ser anulada, se configurado flagrante abusividade e afronta a legislação vigente, em detrimento ao direito do consumidor, parte hipossuficiente.

Necessidade de se assegurar ao dependente idoso o direito de assumir a titularidade do plano de saúde, em respeito aos princípios da confiança e da dignidade da pessoa humana, tendo em vista a demasiada Vulnerabilidade do consumidor idoso no mercado de planos de saúde.

Nos termos do art. 85, §11º, do CPC, ao julgar o Recurso, o Tribunal deve majorar a verba honorária anteriormente fixada, levando-se em conta o trabalho adicional realizado em grau recursal, não ultrapassando o percentual máximo disposto no § 2º, do aludido dispositivo legal.

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

APELANTE: UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO  
APELADO: MARLI CONSALTER UMBURANAS

RELATÓRIO

Egrégia Câmara:

Trata-se de recurso de apelação cível, interposto por UNIMED CUIABÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO em razão da sentença proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível da Comarca de Sinop/MT que, nos autos da Ação de Obrigação de Fazer nº 2431-23.2016.811.0015, julgou parcialmente procedentes os pedidos lançados na exordial para ratificar a liminar deferida e condenar a Apelante na obrigação de fazer consistente em dar continuidade à prestação dos serviços médicos e hospitalares previstos no plano de saúde contratado pela parte Autora, ora Apelada, fixou multa diária de R\$500,00 (quinhentos reais) para o caso de descumprimento da sentença, limitada à 50 (cinquenta) salários mínimos.

Concomitantemente, julgou improcedente o pedido de indenização por danos morais e condenou a Recorrente ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, que fixou em 10% (dez por cento) sobre o valor atualizado da causa.

Irresignado, sustenta que, o Superior Tribunal de Justiça já se pronunciou no sentido de que a regra prevista no artigo 30 da Lei nº 9.656/98 constitui norma auto aplicável, assegurando ao dependente a possibilidade de manutenção do plano de saúde contratado desde que arquem com os encargos do titular.

Afirma que, os planos privados de assistência à saúde possuem norma específica que estabelece as diretrizes, os direitos e deveres dos consumidores e das operadoras, sendo vedado extrapolar os limites legais impostos pela legislação de regência, especialmente a Lei de nº 9.656/98.

Aponta a diferença existente entre contratos individuais e coletivos nos planos de saúde, tais como, o tempo de carência, o tipo de cobertura, a possibilidade e forma de rescisão ou suspensão do contrato, nos termos da Resolução Normativa RN nº

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE SINOP/MT

195/2009.

Aduz que, o mencionado artigo 30 da Lei nº 9.656/98, limita a duração do plano-benefício, sendo ofensivo e desproporcional determinar a manutenção da vinculação da Agravada ao contrato celebrado com a Unimed Cuiabá, nas mesmas condições e valores, infringindo inclusive norma constante no artigo 5º, inciso II da Constituição Federal que assim dispõe: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de Lei.”

Por fim prequestiona a matéria para eventual interposição de recurso na Instância Superior e pugna pelo provimento do recurso, para julgar improcedentes todos os pedidos lançados na exordial.

Devidamente intimada para apresentar as contrarrazões de recurso, a Apelada deixou transcorrer *in albis* o prazo, conforme certificado às fls. 183-TJMT (ID 2810161).

É o relatório.

Desa. CLEUCI TEREZINHA CHAGAS PEREIRA DA SILVA

Relatora

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

APELANTE: UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELADO: MARLI CONSALTER UMBURANAS

VOTO

Egrégia Câmara:

Inicialmente, para uma melhor apreciação meritória, convém contextualizar a questão em apreço.

No caso em análise, infere-se dos autos que a Apelada figurava como dependente do seu falecido esposo Alberico Pires Umburanas, que era o titular do plano de saúde coletivo disponibilizado aos sócios, diretores e empregados do Conselho Regional de Mato Grosso, com início de vigência desde 01 de julho de 1999.

Entretanto, após a morte do esposo da Recorrida, que se deu em 30/01/2014, a Apelante ofereceu à Apelada um contrato de adesão, determinando de forma unilateral o fim do contrato para o dia 28/02/2016.

Relata a Apelada que, ao entrar em contato com a ouvidoria do Plano de Saúde Recorrente, foi informada sobre o fim do plano em análise, bem como da possibilidade de aderir a um novo plano de saúde, podendo aproveitar a carência do anterior, em caso de adesão até o dia 29/03/2016, entretanto, o valor da mensalidade sofreria um reajuste de R\$833,31 (oitocentos e trinta e três reais e trinta e um centavos) para o valor de R\$2.050,83 (dois mil e cinquenta reais e oitenta e três centavos), ou seja, um aumento de mais de quase 300% (trezentos por cento).

A tentativa de solução amigável, conforme aduz a Recorrida, restou infrutífera, culminando com a propositura da demanda originária.

Com essas considerações, passo a apreciação da insurgência recursal.

Primeiramente, de se ressaltar que conforme o enunciado da Súmula nº 469, do Superior Tribunal de Justiça, “*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.*”

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

Deste modo, diante das circunstâncias do caso em análise, impende salientar que a lide será apreciada à luz do Código de Defesa do Consumidor, na medida em que se trata de relação de consumo, consoante traduz o artigo 3º, §2º do CDC, *sic*:

**Art. 3º** *Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.*

§ 1º *Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.*

§ 2º *Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.* (grifei)

No caso, resta evidente a incidência e regulação da relação pelo Código Consumerista, tendo em vista que se trata de típico contrato de adesão, sendo manifesta a fragilização da *pacta sund servanda*, uma vez que o contrato, embora bilateral, resultou em margem mínima de discussão por parte do consumidor e, nessa condição, inferiorizado contratualmente.

Cumpra ainda salientar que, no caso, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de forma mais favorável ao consumidor, conforme preconiza o artigo 47 do Código de Defesa do Consumidor.

Outrossim, possível a adequação dos contratos de prestação de serviços de saúde aos dispositivos legais, de modo a viabilizar inclusive, se for o caso, a decretação da nulidade das cláusulas que “*estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou seja, incompatíveis com a boa-fé ou a equidade*” (artigo 6º, inciso V c/c artigo 51, inciso IV do Código de Defesa do Consumidor).

Destarte, a questão, resta pacificada e no Enunciado Sumular nº 608, *sic*:

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. (STJ. 2ª Seção. Aprovada em 11/04/2018).*

Desse modo, cabível a análise da abusividade relativa à desativação do contrato firmado pelo esposo da autora à luz do art. 6º, inciso IV, do CDC, o qual dispõe:

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor *in verbis*:

(...)

*IV – a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos e desleais, bem como contra **práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços***”. (grifo nosso).

Ainda, estabelece o art. 51, inciso IV, do CDC, *sic*:

*“São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:*

*(...) IV- **estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé e a equidade**”* (grifo nosso).

Pois bem. Consoante se extrai da exordial, a parte autora/Apelante (hoje com 72 anos de idade) busca a manutenção do contrato de plano de saúde coletivo da qual era dependente de seu falecido esposo (Alberico Pires Umburanas, que veio a óbito em 30/01/2014), nos moldes contratado, tendo em vista que a requerida/Apelante negou sua continuidade, após o período de remissão, oferecendo-lhe um plano com alto valor.

A controvérsia reside no direito de a Apelada, viúva do titular falecido, assumir a titularidade do plano de saúde coletivo por adesão, após o período de remissão.

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE SINOP/MT

No que tange, aos planos individuais e familiares, a questão encontra-se pacificada no âmbito administrativo, por meio da Súmula Normativa nº 13 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, que assim dispõe:

*Súmula Normativa 13/ANS – 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. (sem grifo no original)*

No caso em análise, o plano de saúde foi contratado na modalidade coletiva por adesão, não se aplicando, em princípio, a referida súmula normativa. Entretanto, a ora Recorrente já contava com quase 70 (setenta) anos de idade na data do término da remissão, e, praticamente 02 (duas) décadas de contribuição para com o plano de saúde.

Outrossim, é sabido também que, a condição peculiar do consumidor idoso torna-o demasiadamente vulnerável no mercado de planos de saúde, uma vez que apresenta um grau de vulnerabilidade muito superior à do consumidor de planos de saúde de um modo geral.

Para compensar essa vulnerabilidade demasiada, a Lei nº 9.656/1998 (art. 15), reiterada pela Resolução Normativa 195/2009 da ANS, estatuiu normas de acentuado dirigismo contratual, que estabelecem uma solidariedade entre gerações, para proteger os usuários de plano de saúde, especialmente quando alcança a senilidade.

Sobre essa solidariedade entre gerações, cito trecho da decisão monocrática proferida pelo Ministro Paulo de Tarso Sanseverino:

*“...Sobre essa solidariedade entre gerações, faço referência novamente o artigo do economista JOSÉ CECHIN, no trecho abaixo transcrito:*

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

*Pelo esquema do pacto entre gerações, os membros de cada faixa etária são plenamente solidários entre si, e além dessa solidariedade no grupo etário, há uma solidariedade entre grupos ou gerações - dos menores de 59 anos de idade para os maiores de 59.*

*Não há como negar a beleza desse esquema solidário entre gerações.*

*Todos o aceitam porque o fardo distribuído entre muitos menores de 59 anos de idade é relativamente pequeno para cada um, mas muito importante para cada dos idosos que ainda são pouco numerosos. E o aceita também porque todos sabem que seu destino será ser idoso. (op. cit., p. 220)*

*Decorre desse pacto entre gerações que os usuários mais jovens contribuem para o **plano de saúde** com um valor proporcionalmente maior do que o correspondente à sinistralidade de sua faixa etária, para assim permitirem que os idosos contribuam com um valor proporcionalmente menor do que a respectiva sinistralidade.*

*Sob esse prisma, constata-se que a exclusão do beneficiário idoso por fato que não lhe é imputável rompe com esse pacto entre gerações (dentro do universo dos participantes do respectivo plano), colocando o idoso em situação de extrema desvantagem no mercado de **planos de saúde**, uma vez que não poderá usufruir da contribuição da geração posterior (mais jovem, portanto), embora tenha contribuído para custear a geração anterior (mais idosa)...” (STJ, RECURSO ESPECIAL Nº 1.622.523 - RJ (2015/0132352-5, decisão Monocrática, Relator Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, 13/08/2018)*

Deste modo, a questão da idade avançada da Recorrente, peculiar ao caso, por si só, justifica que lhe seja assegurado o direito de permanecer no plano de saúde, assumindo a condição de titular, pois, como é sabido, a condição de idoso (a) faz

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

com que o ser humano necessite dos serviços de saúde com maior frequência, aumentando significativamente as despesas com a manutenção da própria saúde.

Nessa linha de entendimento, cita-se julgados da Corte Superior:

*“RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. MORTE DO TITULAR. EXCLUSÃO DE DEPENDENTE IDOSA, APÓS A REMISSÃO. DESCABIMENTO. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA CONFIANÇA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. JULGADOS DESTA CORTE SUPERIOR.*

*1. Polêmica acerca da exclusão de beneficiária idosa de plano de saúde coletivo por adesão em virtude da morte do titular.*

*2. Nos termos da Súmula Normativa 13/ANS: "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".*

*3. Inexistência de norma da ANS sobre o direito de permanência do dependente em planos "coletivos" após o período de remissão.*

*Doutrina sobre o tema.*

*5. Necessidade de se assegurar ao dependente idoso o direito de assumir a titularidade do plano de saúde, em respeito aos princípios da confiança e da dignidade da pessoa humana.*

*6. Julgados desta Corte Superior.*

*7. RECURSO ESPECIAL PROVIDO”. (STJ, Recurso Especial nº 1.622.523 - RJ (2015/0132352-5), decisão monocrática, 09/08/2018, Relator: MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO)*

*“RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. FALECIMENTO DO TITULAR. COBERTURA DE REMISSÃO POR MORTE. ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR. CONTINUIDADE AO*

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

*DEPENDENTE INSCRITO. CÔNJUGE. SEPARAÇÃO JUDICIAL. RETORNO AO CONVÍVIO CONJUGAL. UNIÃO ESTÁVEL. CARACTERIZAÇÃO. EXTENSÃO DO BENEFÍCIO. ASSUNÇÃO DA TITULARIDADE. POSSIBILIDADE. SÚMULA NORMATIVA 13/ANS.*

1. *Cinge-se a controvérsia a saber se a esposa separada judicialmente, mas que retornou ao convívio conjugal na qualidade de companheira, faz jus à cobertura contratual do **plano de saúde de remissão por morte do titular** e se o dependente pode assumir a titularidade do **plano de saúde** após o período de **remissão**.*

2. *A cláusula de **remissão**, pactuada em alguns **planos de saúde**, consiste em uma garantia de continuidade da prestação dos serviços de saúde suplementar aos dependentes inscritos após a **morte do titular**, por lapso que varia de 1 (um) a 5 (cinco) anos, sem a cobrança de mensalidades. Objetiva, portanto, a proteção do núcleo familiar do **titular** falecido, que dele dependia economicamente, ao ser assegurada, por certo período, a assistência médica e hospitalar, a evitar o desamparo abrupto.*

3. *Embora a cláusula de **remissão** do **plano de saúde** se refira ao cônjuge como dependente, sendo omissa quanto à figura do companheiro, não deve haver distinção sobre esse direito, diante da semelhança de papéis e do reconhecimento da união estável como entidade familiar, promovido pela própria Constituição Federal (art. 226, § 3º, da CF). Comprovação da autora, na hipótese dos autos, da condição de companheira.*

4. *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”. (Súmula Normativa nº 13/2010 da ANS).*

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE  
SINOP/MT

5. *Recurso especial provido.* (STJ, REsp 1.457.254/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 12/04/2016, DJe 18/04/2016)

Com essas considerações, para preservar a confiança entre as partes contratantes, em respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, principalmente no tocante à dignidade da pessoa idosa, assegurar aos dependentes idosos o direito de assumirem a titularidade do plano de saúde após a morte do titular, ainda que relativo ao denominado plano coletivo por adesão, é a medida que se impõe ao caso concreto.

Honorários Sucumbenciais Recursais

No presente caso, os pedidos aduzidos nas razões recursais do requerido (Apelante) não foram acatados, motivo pelo qual necessário se mostra a majoração dos honorários sucumbenciais arbitrados em primeiro grau em favor do patrono da Apelada, devido pelos trabalhos complementares realizados na esfera recursal, nos termos do art. 85, §11 do Código de Processo Civil, como cito:

“Art. 85. (...)

§11. O tribunal, ao julgar recurso, majorará os honorários fixados anteriormente levando em conta o trabalho adicional realizado em grau recursal, observando, conforme o caso, o disposto nos §§ 2º a 6º, sendo vedado ao tribunal, no cômputo geral da fixação de honorários devidos ao advogado do vencedor, ultrapassar os respectivos limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º para a fase de conhecimento.”

Cabe mencionar que essa majoração da verba sucumbencial anteriormente fixada, deve levar em conta o trabalho adicional realizado em grau recursal, não pode ultrapassar percentual máximo disposto no § 2º, do art. 85, do CPC.

No mesmo sentido é o entendimento jurisprudencial:

“DECLARATÓRIA DE INEXISTÊNCIA DE DÉBITO C/C  
INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL – REVELIA – INOVAÇÃO RECURSAL –  
INDENIZAÇÃO – INSCRIÇÃO NO SERASA – COBRANÇA INDEVIDA –

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE SINOP/MT

*LITIGÂNCIA DE MÁ-FÉ – INEXISTÊNCIA – FIXAÇÃO DE HONORÁRIOS RECURSAIS – CABIMENTO - ART. 85, §11, CPC/15 – TEMPO EXIGIDO – NATUREZA DA DEMANDA – PROVEITO ECONÔMICO – RECURSO DESPROVIDO. [...] Em razão do trabalho adicional empregado pelo advogado do apelado, da natureza e da importância da causa, majoram-se os honorários advocatícios, nos moldes do art. 85, §11, do CPC/15. [...]*. (TJMT - Ap 34349/2017, DES. CARLOS ALBERTO ALVES DA ROCHA, TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 17/05/2017, Publicado no DJE 22/05/2017)

*“APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – LANÇAMENTO DE TAXAS E TARIFAS DE MANUTENÇÃO EM CONTA CORRENTE INATIVA – QUITAÇÃO DO DÉBITO E CANCELAMENTO DA CONTA BANCÁRIA – FATO RECONHECIDO PELA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA – NEGATIVAÇÃO INDEVIDA – DANO MORAL IN RE IPSA – VERBA MANTIDA – MAJORAÇÃO DOS HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS EM SEDE RECURSAL – ARTIGO 85, § 11, DO CPC – RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. [...] Considerando o trabalho adicional realizado em grau recursal, há de ser majorada a verba honorária sucumbencial, de acordo com o disposto no art. 85, § 11, do CPC”*. (TJMT - Ap 19174/2017, DES. DIRCEU DOS SANTOS, TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 19/04/2017, Publicado no DJE 27/04/2017)

*In casu*, considerando os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, bem como a atuação do causídico na instância recursal, tem-se como razoável a majoração dos honorários fixados pelo Juízo *a quo* em 10% (dez por cento) do valor da condenação, em mais em mais 5% (cinco por cento), alcançando a importância de 15% (quinze por cento), a fim de cumprir o *quantum* previsto na lei, remunerando dignamente o patrono da parte que venceu também no âmbito do recurso.

Ante o exposto, **nego provimento ao recurso interposto.**

TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL Nº 0002431-23.2016.811.0015 – COMARCA DE SINOP/MT

Outrossim, nos termos do art. 85, §§ 2º e 11, do Código de Processo Civil, majoro os honorários sucumbenciais devido ao patrono da parte Autora (Apelada) à importância de 15% (quinze por cento) sobre o valor da condenação.

É como voto.