

Parecer APES-SSind nº 02/2015

Referência: Plano de saúde. Morte de beneficiário. Comunicação extemporânea. Restituição das contraprestações posteriores ao óbito. Imperatividade. Previsão Contratual. Ressarcimento de valores pagos antecipadamente. Possibilidade. Vedação ao enriquecimento sem causa.

A diretoria da APESJF-SSind submeteu a esta assessoria jurídica consulta indagando sobre a possibilidade de se exigir da UNIMED JUIZ DE FORA, com quem mantém contrato de prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar (plano de saúde coletivo), a restituição de valores pagos previamente para a cobertura dos referidos serviços na hipótese de, no curso de competência/mês já quitado, houver falecimento de beneficiário, e, ainda, nos casos em que, após o óbito, ocorrer o pagamento da competência/mês seguinte, em virtude da ausência ou remessa extemporânea de informação acerca da exclusão do segurado falecido.

Inicialmente, importante registrar que os planos de saúde são produtos oferecidos para pessoas ou grupo de pessoas que buscam a proteção para sua saúde. Visando se resguardar contra o risco de terem que vir a incorrer em despesas médicas e hospitalares, elas aderem aos pacotes

comercializados por operadoras de saúde, que devem estar regularmente habilitadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), órgão responsável pela fiscalização e regulamentação do setor.

Conquanto a Constituição Federal de 1988 consigne, em seu artigo 196, que a assistência à saúde é direito de todos e dever do Estado, ele não é suficientemente eficaz para atender toda a população, razão pela qual permite que a iniciativa privada preste serviços médicos e hospitalares como forma de assistência complementar à saúde.

Assim surgem os planos de saúde privados, cujo principal objetivo é, na concepção de CLÁUDIA LIMA MARQUES, *“a transferência (onerosa e contratual) de riscos referentes a futura necessidade de assistência médica ou hospitalar. A efetiva cobertura (reembolso, no caso dos seguros de reembolso) dos riscos futuros à sua saúde e de seus dependentes, a adequada prestação direta ou indireta dos serviços de assistência médica (no caso dos seguros pré-pagamento ou de planos de saúde semelhantes) é o que objetivam os consumidores que contratam com estas empresas”* (Contratos no Código de Defesa do Consumidor, 3ª edição, RT, pp. 192/193).

Extraí-se ainda da lição de CLÁUDIA LIMA MARQUES, que três valores são cada vez mais raros e, por isso, preciosos no mundo atual: segurança, previsibilidade e proteção contra riscos futuros. Eles são a razão de ser dos contratos de planos de saúde, pois possibilitam aos adquirentes a transferência legal de riscos futuros, envolvendo a saúde própria e a de seus dependentes, mediante o pagamento prévio e determinado de quantia em dinheiro (Planos Privados de Assistência à Saúde. Desnecessidade de opção do consumidor pelo novo sistema. Opção a depender da conveniência do consumidor. Abusividade de cláusula contratual que permite a resolução do contrato coletivo por escolha do fornecedor. RDC, v. 31, p. 136).

Aquele que contrata um plano de saúde, portanto, quita **prévia** e **mensalmente** para ter garantida a cobertura de seus gastos médicos, hospitalares e ambulatoriais quando estes forem necessários.

Indiscutível, por outro lado, que *“a operadora de serviços de assistência à saúde que presta serviços remunerados à população tem sua atividade regida pelo Código de Defesa do Consumidor, pouco importando o nome ou a natureza jurídica que adota”* (STJ, REsp nº 267.530 / SP, 4ª Turma, Rel. Ministro RUY ROSADO AGUIAR, DJU: 12/03/2001).

Em outras palavras, os contratos de plano de saúde devem sempre ser analisados em cotejo com o disposto no Código de Defesa de Consumidor, estando resguardados, ao usuário do plano, todos os direitos previstos em tal diploma normativo, dentre os quais se destacam a proteção contra práticas abusivas no fornecimento de produtos e serviços (art. 6º, IV) e a efetiva prevenção e reparação de dano material (art. 6º, VI).

A questão, aliás, foi sacramentada com edição da Súmula 469 do egrégio Superior Tribunal de Justiça: **“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”**.

Pois bem, na hipótese *sub examine*, da leitura do contrato firmado com a UNIMED, percebe-se que os beneficiários do plano de saúde coletivo pactuado são os associados, dirigentes e empregados da APES, bem como seus respectivos dependentes legais e os denominados agregados, veja-se:

Art. 20 - São beneficiários titulares os associados, dirigentes ou empregados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

Art. 21 - São beneficiários dependentes, com grau de parentesco ou de afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular:

a) o cônjuge;

b) os filhos solteiros;

c) o enteado ou o menor sob a sua guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado ou adotado;

d) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial ou o convivente com declaração registrada em cartório;

Art. 22 - Poderão ser admitidas outras pessoas indicadas pelo beneficiário titular, na qualidade de seus beneficiários agregados definidos como pai, mãe, sogro, sogra, filhos casados, irmãos solteiros e netos, excluídos os benefícios previstos no Título XIV, Capítulo III e em consonância com os preços citados nos artigos 56 e 57.

O contrato também estipula o cronograma para a inclusão e exclusão de beneficiários, como se observa pelo teor do artigo 23, *in verbis*:

Art. 23 - A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes, data de

nascimento, endereço completo, CPF, PIS/PASEP, nome da mãe do titular e seus respectivos dependentes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Também deverá informar se há previsão de os beneficiários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.

§1º A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia 20 (vinte) de cada mês, as inclusões e até o dia 30 (trinta) as exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato.

§2º As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA.

§3º O produto contratado para os dependentes e agregados poderá ser diferente do firmado com o titular.

§4º Desde que respeitado o período de 12 (doze) meses da data de inclusão, será permitida a troca de planos entre os produtos contratados pela CONTRATANTE.

A norma contratual é hialina, para a inserção de novos beneficiários, tal informação deve ser repassada à operadora do plano de saúde até o dia 20 de cada mês. As eliminações, por sua vez, devem ser noticiadas até o dia 30.

O que ocorre, todavia, se tais comunicações não forem prestadas no momento oportuno?

Como consequência direta dessa extrapolação de prazo, nos termos do artigo 58 do contrato de prestação de serviços, as faturas emitidas pela operadora de saúde para pagamento levarão em consideração o banco de dados já existente, ou seja, o boleto de cobrança será baseado nos beneficiários cadastrados até aquele momento, desconsiderando as inclusões e exclusões não indicadas a tempo e modo.

O mesmo dispositivo, entretanto, prevê a possibilidade de um ajuste de contas, como se observa pela sua parte final:

Art. 58 - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE com vencimento no dia 10 (dez) de cada mês. Na falta

de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Ora, se eventuais distorções podem ser corrigidas através de acerto nas cobranças seguintes, fica evidente que, caso a exclusão de algum beneficiário não seja informada no momento hábil, o valor referente à sua contraprestação mensal será, obviamente, objeto de compensação na próxima fatura.

Resta evidente, portanto, que, nos casos em que o óbito de algum beneficiário (causa indiscutível de exclusão do plano de saúde) não for informado até o dia 30 do mês de falecimento, com a emissão da fatura seguinte com o valor da sua respectiva contraprestação, tal quantia deverá regularmente ser ressarcida a quem a desembolsou.

E, muito embora o artigo 58 esteja alocado na Seção II (Dos Agregados), do Capítulo I (Da Obrigação da Contratante), do Título XII (Da Contraprestação Pecuniária), é evidente que ele não se limita às contraprestações pagas pelos agregados, estendendo-se também para os dependentes e titulares.

Primeiro porque a fatura emitida pela operadora do plano de saúde contempla a integralidade dos beneficiários cadastrados (titulares, dependentes e agregados), não sendo justo se considerar que o ajuste de contas ficaria restrito à contraprestação devida pelos agregados.

E segundo porque, como contrato regido pelo Código de Defesa do Consumidor, suas cláusulas devem ser analisadas de forma mais favorável ao consumidor, parte hipossuficiente na relação, conforme determina o artigo 47 da Lei nº 8.078/1990:

Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

De outro giro, no que diz respeito à contraprestação paga previamente, relativa ao mês em que o beneficiário faleceu, embora não exista nenhuma previsão contratual contemplando tal situação, tem-se que o seu valor também deverá ser objeto de restituição, neste caso, proporcional,

com o abatimento dos dias em que o falecido poderia efetivamente ter usufruído dos serviços contratados.

Isso porque o ordenamento jurídico pátrio veda a possibilidade de **enriquecimento sem causa**, conforme se observa pelo disposto no Código Civil:

Art. 884. Aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.

Parágrafo único. Se o enriquecimento tiver por objeto coisa determinada, quem a recebeu é obrigado a restituí-la, e, se a coisa não mais subsistir, a restituição se fará pelo valor do bem na época em que foi exigido.

Art. 885. A restituição é devida, não só quando não tenha havido causa que justifique o enriquecimento, mas também se esta deixou de existir.

Art. 886. Não caberá a restituição por enriquecimento, se a lei conferir ao lesado outros meios para se ressarcir do prejuízo sofrido.

Analisando os transcritos dispositivos legais, percebe-se que o enriquecimento sem causa é a situação na qual uma pessoa, física ou jurídica, auferir vantagem indevida em face do empobrecimento de outrem, sem motivo que a justifique.

Nesse sentido, eis a lição de LIMONGI FRANÇA:

Enriquecimento sem causa, enriquecimento ilícito ou locupletamento ilícito é o acréscimo de bens que se verifica no patrimônio de um sujeito, em detrimento de outrem, sem que para isso tenha um fundamento jurídico. (Enriquecimento sem Causa, Enciclopédia Saraiva de Direito, São Paulo: Saraiva, 1987)

O enriquecimento indevido, pois, gera a obrigação para o enriquecido de devolver a parcela do patrimônio que obteve sem causa justificada, ou, ainda, quando esta causa justificada deixa de existir.

Na espécie, conforme informado anteriormente, o valor da contraprestação dos beneficiários do plano de saúde é paga **prévia** e mensalmente pelos serviços médicos-ambulatoriais e hospitalares que estão postos à sua disposição. O consumidor, portanto, paga antecipadamente uma mensalidade para poder usufruir da cobertura oferecida pela operadora do plano de saúde.

Existe, nesse passo, uma causa que justificava o enriquecimento. Essa causa, contudo, desapareceu totalmente no momento exato do falecimento do beneficiário.

Ora, se a contraprestação abrangia a disponibilização dos serviços médicos-ambulatoriais e hospitalares durante todo o mês e o óbito do segurado ocorreu antes do seu término, resta evidente que foram pagos valores por produto que não pôde ser utilizado num determinado período.

Saliente-se que não se trata de hipótese em que o beneficiário deixou de aproveitar o plano de saúde por livre e espontânea vontade. O seu falecimento tornou impossível a fruição dos serviços contratados, não por anseio próprio, mas por força de evento fúnebre e inafastável.

A devolução proporcional do valor da mensalidade é, pois, medida que se impõe, sob pena de enriquecimento sem causa da UNIMED, já que esta estaria obtendo vantagem financeira sem qualquer motivo que a justifique.

Se o consumidor pagou por serviço que não pôde, por razão indiscutivelmente alheia aos seus interesses, utilizar, resta evidente que quitou parcela indevida, que merece ser restituída.

Sobre o tema, eis a jurisprudência do Superior Tribuna de Justiça:

O pagamento indevido deve ser restituído para obviar o enriquecimento sem causa. *A repetição será na forma simples quando não existir má-fé do credor ou o encargo tenha sido objeto de controvérsia judicial. (AgRg no Ag nº 947.169/RJ, 3ª Turma, Rel. Ministro HUMBERTO GOMES DE BARROS, julgado em 03/12/2007, DJ: 12/12/2007, p. 424)*

Entender o contrário, com a devida vênia, seria autorizar a exigência, pelo fornecedor, de vantagem manifestamente excessiva, o que é expressamente vedado pelo artigo 39, inciso V, do CDC, impondo, com isso, manifesta lesão patrimonial ao consumidor.

Dessa forma, diante de todo o exposto, podemos sintetizar as conclusões alcançadas ao longo deste parecer da seguinte forma:

-
- As contraprestações relativas aos meses posteriores ao falecimento de quaisquer beneficiários, se quitadas, deverão ser objeto de restituição por parte da operadora do plano de saúde, nos termos do artigo 58 do contrato de prestação de serviços;
 - A contraprestação referente ao mês de falecimento do beneficiário deverá ser ressarcida proporcionalmente, abatido o valor correspondente ao período em que o beneficiário poderia efetivamente ter utilizado os serviços médicos-ambulatoriais e hospitalares, evitando-se, com tal medida, o enriquecimento sem causa da operadora do plano.

Este é o parecer, salvo melhor juízo.

Juiz de Fora, 02 de março de 2015.

Leonardo de Castro Pereira
OAB/MG 92.697

Ricardo de Castro Pereira
OAB/MG 93.253