



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS

FRANCISCA FORMIGA CAVALCANTE DE ALENCAR

ANÁLISE DOS REAJUSTES NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE
POR MUDANÇA DA FAIXA ETÁRIA DOS CONTRATADOS

SOUSA - PB
2007

FRANCISCA FORMIGA CAVALCANTE DE ALENCAR

ANÁLISE DOS REAJUSTES NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE
POR MUDANÇA DA FAIXA ETÁRIA DOS CONTRATADOS

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Jurídicas e Sociais do CCJS da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Professor Me. Joaquim Cavalcante de Alencar.

SOUSA - PB
2007

FRANCISCA FORMIGA CAVALCANTE DE ALENCAR

**ANÁLISE DOS REAJUSTES NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE POR
MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA DOS CONTRATADOS**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Jurídicas e Sociais, da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Aprovada em: 12 de dezembro de 2007.

COMISSÃO EXAMINADORA

Joaquim Cavalcante de Alencar – Mestre – UFCG
Professor Orientador

José Idemário Tavares – Mestre – UFCG
Professor

Petrúcia Marques S. Moreira – Especialista – UFCG
Professora

DEDICO

A Joaquim Alencar, meu amado esposo, com todo o carinho por fazer minha alma cantar, motivando e me fazendo feliz a cada momento com ele vivido, pelas palavras e o exemplo de que sem dignidade e sem luta por um sonho é impossível vencer.

Aos meus pais Euclides e Sancha (em memória) razão do meu existir, que estariam muito felizes em me verem realizar mais um sonho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus por me amar tanto. Pela Sua presença forte, amiga e protetora em todos os momentos de vacilação.

Ao meu professor, mestre e orientador Joaquim Alencar, pelo carinho, dedicação, paciência e coragem de acreditar em mim. Bem como aos demais professores que me acompanharam nesta luta.

Aos meus filhos: Martsung, Myllena e Sancha Maria, três pedras preciosas que a cada dia me encantam e me fazem muito feliz.

A Aninha, minha nora amiga, a quem aprendi a amar como filha. As minhas netas Ana Vitória e Maria Clara que encheram de mais alegria a nossa família. E a Terezinha Alencar, cunhada a quem quero como irmã e que muito ajudou na digitação deste trabalho.

Aos meus futuros genros, Alexandre e Flaviano, pelo incentivo que me deram, pelo carinho com que sempre me trataram.

A Marli, Lourdinha e Cícera que sempre dedicaram carinhosa atenção aos graduados, assim como aos demais servidores do CCJS que sempre estiveram ao nosso dispor.

A Cristiana e Vlândia, pela amizade que cultivamos, pelas dificuldades que enfrentamos, pelas alegrias que vivemos e pelos frutos que juntas colhemos.

Aos amigos e aos demais familiares que, mesmo singelamente, tiveram participação na minha vida e que direta ou indiretamente colaboraram para que a nossa realização se concretizasse.

**“O ancião tem o direito de evocar o seu passado
e de sorrir pensando em seu futuro”.**

(D. Paulo Evaristo Arns)

RESUMO

Esse trabalho analisa os reajustes nos contratos de planos de saúde por mudança de faixa etária dos usuários. Tais contratos, por serem de adesão, apresentam cláusulas prejudiciais aos usuários que não podem discuti-las nem tão pouco modifica-las, ocasionando desequilíbrio nas relações contratuais, violando os direitos dos consumidores afrontando a boa-fé objetiva e a função social dos contratos. As cláusulas abusivas ficam mais evidentes nos contratos antigos por não serem alcançados pela Lei 9.656/98 conforme decisão do Supremo Tribunal Federal, sendo estes submetidos às normas Constitucionais e consumeristas. Além da proteção constante no Código de Defesa do Consumidor, também o Estatuto do Idoso veio para regulamentar e proteger os idosos contra discriminações em razão da idade, inclusive nos contratos de planos de saúde firmados sob a sua vigência. Em suma, registrou-se a necessidade de luta da sociedade como um todo, por condições dignas de saúde pública, para amenizar a corrida das pessoas em busca dos planos privados, especialmente, os idosos merecedores de respeito e assistência. Utiliza o método hermenêutico, com pesquisa bibliográfica e em sites da internet, tanto sobre jurisprudência, como doutrina e legislação.

Palavras-chave: Planos de Saúde. Reajuste contratual. Mudança de faixa etária. Direito do Consumidor. Estatuto do Idoso.

ABSTRACT

This work analyzes readjustment on some contracts which were employed in health service related to the change in the age group of the clients. Such contracts, were carried out by agreement although they have provided harmful clauses to the clients, as far as these contracts can't be argued about or either change are allowed, therefore they have loosen equilibrium in the contractual relationship, violating the clients, rights, who feel affronted at having their objective good faith and social function of these contracts failed. The conflicting clauses took place clearly in the old agreements as far as they haven't been made by Law 9.656/98, according to the decision of The Supreme Federal Court, then all contracts should be submitted to the constitutional consumer's rules. Besides the constant protection from the code of defense of the consumer, the Statute of the Old Age took place to ruled and protect old people from discrimination including health's plans that are made on this purpose. In short, the struggle of the society are currently registering for worthy conditions of public health in order to briny relief to people in search of the private plans, mainly made up of old age who deserve respect and assistance. The hermeneutic method was used with bibliographical research, Internet sites and jurisprudence doctrine and legislation as well.

Word-key: Health plans. Contractual readjustment. Change of age band. Right of the Consumer. The law of the older.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 ASPECTOS GERAIS DOS CONTRATOS.....	12
1.1 Conceito e histórico.....	12
1.2 Teorias contratuais e seus princípios.....	16
1.2.1 Princípios da teoria contratual clássica.....	16
1.2.1.1 Princípio da autonomia da vontade.....	17
1.2.1.2 Princípio da obrigatoriedade das convenções.....	17
1.2.1.3 Princípio da relatividade dos contratos.....	18
1.2.2 Princípios da teoria contratual moderna.....	18
1.3 Dos contratos de adesão.....	20
1.4 Cláusulas abusivas.....	22
2 CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE.....	25
2.1 O sistema de saúde.....	25
2.2 Planos de saúde e a natureza jurídica dos seus contratos.....	28
2.3 Plano de saúde dentro dos parâmetros do código de defesa do consumidor.....	29
2.4 Surgimento da lei dos planos de assistência à saúde.....	32
2.5 Abusividade dos reajustes anuais nos contratos anteriores à lei nº 9.656/98.....	34
2.6 Abusividade dos reajustes anuais nos contratos posteriores à lei nº 9.656/98.....	43
3 ABUSIVIDADE DOS REAJUSTES NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA DOS CONTRATADOS	49
3.1 Reajuste por faixa etária.....	49
3.1.1 Contratos “antigos” assinados até dezembro de 1998.....	50
3.1.2 Contratos “novos” assinados a partir de janeiro de 1999 até 31 dezembro de 2003.....	53
3.1.3 Contratos assinados a partir de janeiro de 2004.....	55
3.1.3.1 Contratos firmados sob a vigência do estatuto do idoso.....	55
3.1.3.2 Os idosos e os planos de saúde.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS.....	63

INTRODUÇÃO

Pretende-se focar a importância da saúde como um direito fundamental dos indivíduos, garantido pela Constituição Federal do Brasil e sua efetivação como um dever do Estado, além de se proceder a análise dos aumentos nas mensalidades dos contratos de planos de saúde em razão da faixa etária.

Propôs-se, para tal, a realização de pesquisa teórica instrumental sobre as práticas adotadas nos reajustes dos contratos de planos de assistência privada à saúde, dando maior ênfase aos decorrentes da mudança de faixa etária.

Utilizar-se-á como método de abordagem, o método dedutivo, partindo de uma análise geral do tema dos contratos, para uma particular, especificando-se a abusividade nos contratos de saúde, na tentativa de fornecer um embasamento teórico sobre o assunto.

No que atine aos métodos de procedimento, será de grande importância o método histórico, pois se examinará a disciplina dos contratos de planos de saúde no ordenamento jurídico brasileiro, tendo por base a Constituição Federal de 1988, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), a Lei nº 9.656/98, bem como o Estatuto do Idoso, a Lei nº 10.741/2003.

Utilizar-se-á também o método comparativo, na medida em que foram comparados institutos e teorias do direito contratual de diferentes épocas, demonstrando o seu avanço, bem como a busca de princípios socializantes.

O método hermenêutico possibilitará uma interpretação mais precisa do real alcance das normas que limitam o poder conferido às operadoras de planos de saúde, no que tange aos aumentos exorbitantes das prestações mensais pagos pelos segurados. Não esquecendo do método analítico, observando como os operadores do Direito vêm enfrentando essa questão e confrontando as diferentes opiniões doutrinárias e jurisprudenciais a respeito.

Como técnicas de pesquisa serão utilizadas tanto a pesquisa bibliográfica (manuais doutrinários, revistas, jornais, artigos e periódicos), como a pesquisa documental (contratos, legislação, princípios, regras, sentenças e jurisprudência nacional), bem assim, pesquisa em materiais disponíveis em diversos sites na internet.

A ineficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) e a municipalização de atendimento em postos vêm se mostrando insuficiente para a sociedade. As dificuldades surgem tanto em decorrência de problemas estruturais do próprio país, como por evidentes ingerências administrativas.

Diante destas dificuldades, a população é compelida a enveredar por outros mecanismos de assistência privada de saúde, alternativa viável que lhe proporcione o suporte necessário de prestação de serviços, firmando relações contratuais com empresas operadoras de planos de saúde, que o Estado, na maioria das vezes, não oferece.

No primeiro capítulo, será feita uma abordagem geral sobre os contratos, como instrumento essencial para fazer valer a prevalência das vontades. Com isso, pretende-se facilitar a compreensão da evolução dos princípios clássicos da total autonomia e liberdade contratual, bem como, a aplicação dos princípios da teoria moderna que buscam também nos contratos uma função social, através de princípios éticos e morais, como a boa-fé objetiva e a equidade.

Discorrer-se-á, ainda, sobre os chamados “contratos de adesão”, cujas cláusulas são preestabelecidas unilateralmente pelo fornecedor, que atendendo às necessidades impostas pela economia de massa, muitas vezes, vem suprimir ou desrespeitar os direitos contratuais das partes, deixando o consumidor com pouca, ou nenhuma, chance de discutir o conteúdo do contrato. Dar-se-á um enfoque especial às cláusulas abusivas desse contrato, tendo em vista que essa prática, evidentemente, prejudica o consumidor aderente, e beneficia ao fornecedor, parte mais forte da relação jurídica.

Será examinado, no capítulo segundo, o contrato de plano de saúde propriamente dito, enfatizando a sua origem, natureza jurídica e a possível aplicação do CDC a esses contratos.

Desenvolver-se-á, também, um estudo da nova Lei nº 9.656/98 que veio regulamentar os Planos de Assistência à Saúde, buscando destacar os aspectos contratuais por ela modificados, suas principais características e sua real importância para a imposição de limites aos reajustes anuais nos contratos de planos de saúde.

Serão analisados os abusos, quanto aos reajustes, cometidos nos contratos de planos de saúde firmados em período anterior à Lei 9.656/98, e as consequências pela ausência de limites estabelecidos para os já mencionados reajustes, bem como, a legislação que deverá ser aplicada a estes contratos e de que forma poderão ser revisadas as cláusulas contratuais abusivas e prejudiciais ao assegurado.

Em seqüência, serão observados os contratos de planos de saúde firmados já sob a égide da Lei 9.656/98, apresentando um especial comentário sobre a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os limites máximos dos reajustes anuais por ela fixados, em confronto com os índices oficiais de inflação e os praticados pelas operadoras de planos de saúde, verificando se há, ou não, práticas abusivas nesses contratos.

No capítulo terceiro, será tratada a polêmica questão da abusividade dos reajustes nos contratos de planos de saúde, por mudança de faixa etária dos contratados, fazendo uma co-relação com a Constituição Federal, o CDC e o Estatuto do Idoso.

Neste contexto, deverá ser feita a diferenciação de situações entre os critérios adotados para contratos “antigos”, assinados até dezembro de 1998, e os contratos tidos como “novos”, assinados a partir de janeiro de 1999 até 31 de dezembro de 2003, e ainda os contratos assinados após janeiro de 2004, sob a vigência do Estatuto do Idoso.

Tendo em vista a importância e seriedade do assunto, pretende-se analisar a condição do idoso diante das situações constrangedoras que lhe são impostas pelas operadoras dos planos de saúde, no momento crucial em que mais necessitam do apoio psicológico e assistencial, levando-os, em muitos casos, a desistir da permanência no plano por impossibilidade de arcar com a quantia exorbitante dos reajustes.

Focalizar-se-á algumas novas regras e princípios existentes para guiar os contratos de planos de saúde, assim como os pequenos avanços identificados para a proteção do consumidor, sem perder de mira as dificuldades e constrangimentos enfrentados em virtude do ineficiente sistema de fiscalização dos planos de saúde.

A finalidade maior desse estudo, pois, é tentar oferecer meios jurídicos que possam garantir ao cidadão a plena consciência e realização dos seus direitos e obrigações, como forma de implementar justiça e respeito nas relações contratuais, e, sobretudo, proteger a saúde, a vida e a dignidade da pessoa humana.

1 ASPECTOS GERAIS DOS CONTRATOS

1.1 Conceito e histórico

O conceito de contrato, segundo uma visão atual, é um acordo entre duas ou mais vontades, visando produzir efeitos jurídicos, adquirindo, modificando ou extinguindo relações jurídicas. A sua utilização deu-se como um modo de atender as necessidades constantes da sociedade, objetivando as regulamentações econômicas, possibilitando, assim, a movimentação das riquezas, bens e serviços. A figura do contrato tem o significado de unir, contrair, firmando entre as partes uma autonomia de vontade.

Dessa nova noção, decorre o conceito de Pereira (2005, p. 3) no qual “contrato é um acordo de vontades, na conformidade da lei, com a finalidade de adquirir, resguardar, transferir, conservar, modificar ou extinguir direitos”, sendo utilizado como uma maneira de se atender as necessidades humanas, possibilitando, dessa forma, a circulação de riquezas na sociedade.

Como salientou Novais (2001, p. 34): “uma vez que o contrato está ligado, sempre, à operação econômica, se o contrato não existisse, tais operações ficariam estagnadas e a circulação de riquezas ficaria comprometida”.

O contrato tem, portanto, uma função econômica, ou seja, o seu valor decisivo está na sua característica de ser um instrumento jurídico que possibilita e regulamenta o movimento de riquezas dentro da sociedade.

Esse entendimento de contrato, que perdura até hoje, ganhou importância com o surgimento do capitalismo. Assim, no séc. XIX, a autonomia da vontade era a base de toda a teoria contratual. A legislação protegia a iniciativa das partes e decorrente dessa proteção contratual, sintetizava a força das obrigações contraídas em virtude do contrato.

O termo *contractus* tem origem no Direito Romano primitivo, como todos os atos jurídicos, tinham caráter rigoroso e sacramental, que vinculavam as partes e munia o credor da *actio*, dando-lhe o direito de reclamar em juízo.

Para que se criasse uma obrigação, havia necessidade de certas formas que se exteriorizassem à vista dos interessados. A solenidade dava força à constituição do *contractus*. Desconhecia, portanto, o Direito Romano uma categoria geral de contrato, mas somente dispunham de alguns contratos em particular.

Tendo em vista o apego excessivo às solenidades, havia necessidade da exteriorização de certas formas. De acordo com Venosa (2004, p. 379), “eram as solenidades que davam força às convenções no Direito Romano, e cada uma dessas convenções, obedecendo a certas formalidades, constituía um *contractus*”.

Com as expansões marítimas, no período da Idade Média, as práticas comerciais evoluíram com o fito de abandonar os rituais romanos. Conforme coloca Bulgarelli (2002, p. 57), “dentro do rígido ritualismo do direito antigo, os contratos no Direito Romano foram evoluindo até chegarem aos contratos consensuais, formando-se pelo mero consentimento”.

Já no século XIX, durante o desenvolvimento crescente do Capitalismo e a expansão dos ideais liberais, surge a concepção de contrato que atualmente é conhecida como clássica ou tradicional.

Inicialmente, se perfaziam os contratos sem muitas formalidades, bastando para a sua concretização, um simples aperto de mão ou mesmo uma promessa oral. Quando, então, as partes ficavam totalmente obrigadas a cumprir o acordado, ainda que se verificassem condições desiguais entre elas, pois o pactuado tinha força de lei.

A lei não interfere no contrato, ela apenas protege o acordo de vontades das partes e assegura o seu cumprimento, dentro de certos limites, como capacidade das partes e licitude do objeto. Assim, para Marques (2002, p. 37): “ao juiz não cabe modificar e adequar à equidade a vontade das partes, manifestada no contrato, ao contrário, na visão tradicional, cabe-lhe respeitá-la e assegurar que as partes atinjam os efeitos queridos pelo seu ato”.

Dessa forma, para Marques, toda concepção tradicional de contrato se baseia na autonomia da vontade e na liberdade contratual. O direito, a lei e a jurisprudência preocupavam-se apenas em proteger tal aspecto.

Baseado no liberalismo e nos ideais do não-intervencionismo, o direito dos contratos condensou as idéias sociais, políticas e econômicas burguesas de liberdade e igualdade.

Vislumbram-se, neste período, dois princípios básicos que formavam a Teoria Contratual Clássica: o princípio da autonomia da vontade e o princípio romano do *pacta sunt servanda* (força obrigatória dos contratos), sem que houvesse limites legais para o que era avençado. A proteção dos contratos se restringia a proteger a vontade das partes e assegurar seus efeitos.

Nesta conjuntura liberal foi criado o Código Napoleônico de 1804, que influenciou todos os demais códigos civis, como o italiano de 1865, o português de 1867, o Código Alemão de 1896 e o Código Civil Brasileiro de 1916, todos de cunho extremamente individualista.

Este Estado liberal põe recuo diante dos sérios problemas econômicos e sociais surgidos com a adoção pura da auto-regulamentação do mercado e, conseqüentemente, dos contratos, originando, dessa forma, um Estado Social que intervém legislativa, judicial e administrativamente nas atividades privadas, relativizando os princípios fundamentais da igualdade e da autonomia da vontade.

Tais influências levaram o legislador a criar formas de intervir nos contratos, para preservar a própria liberdade de contratar.

O Estado passa a intervir no contrato, por meio da imposição de normas de ordem pública e de ordem econômica, para evitar que o contrato seja de tal forma injusto, que fira as próprias expectativas da sociedade.

Nesta conjuntura, a sociedade passou a clamar por uma evolução legislativa e do judiciário, para que pudesse atender aos seus anseios, protegendo os direitos fundamentais, não só dos indivíduos isoladamente considerados, mas também da coletividade como um todo.

Conforme demonstrado por Pereira (2005, p. 3), “o ser humano, ao contratar, está criando em si mesmo uma série de expectativas legítimas, entre as quais a própria expectativa de que o direito protegerá o contrato e as expectativas por ele criadas”. Desse modo, a confiança no contrato, no seu cumprimento pelo outro contratante, a proteção jurídica e estatal são uma face do conceito que até há pouco tempo imperava como função social do contrato.

Diante da evolução da sociedade, com o desenvolvimento do capitalismo em todas as suas fases, as modalidades de contratos foram ampliadas, ficando cada vez mais necessários entre os homens, tornando-se mais do que um ato jurídico, um instrumento social, uma necessidade dos indivíduos, propiciando, assim, diante da busca de maior agilidade, a massificação contratual, com o surgimento dos chamados “contratos de adesão” os quais são unilateralmente elaborados, sem oferecer à outra parte a oportunidade de discutir suas cláusulas, na maioria das vezes, abusivas.

Assim, coube ao Estado, por meio da legislação e do Poder Judiciário, exercer o dirigismo contratual, intervindo e controlando os contratos, buscando estabelecer equilíbrio entre as partes, notoriamente desiguais, e evitar vantagens exageradas para uma delas, em detrimento da outra, pois à medida que uma determinada conduta seja injusta, em cada caso concreto, acarreta, indiretamente, um dano para toda a sociedade.

Concluído o contrato através do abuso de poder do pólo mais forte da relação, atentar-se-á contra direitos fundamentais do contratante que a este se submete, contrariando o

verdadeiro objetivo do contrato que deveria buscar os fins de justiça e não apenas um mero instrumento de exploração econômica.

Para tanto, o Estado deverá buscar formas de proteção aos insuportáveis da relação, primando pelo mantimento do equilíbrio entre as partes, impedindo o abuso do mais forte sobre o mais fraco.

Destaca-se que tal comportamento só foi amenizado, no ordenamento jurídico brasileiro, com a promulgação da Constituição da República de 1988 e com o advento do CDC, propondo-se a restringir a autonomia da vontade, em busca de igualdade material e de princípios sociais.

O Código civil brasileiro (CC) de 2002 atentou mais para esta proteção, introduzindo explicitamente princípios sociais dos contratos como forma de atingir a igualdade e a justiça social nas relações privadas, trazendo um significativo avanço no ordenamento jurídico brasileiro, além de coadunar com os princípios defendidos pela Constituição Federal e pelo CDC.

Neste século, no entanto, a sociedade alcançou um dinamismo jamais visto, sendo que em todos os aspectos da vida humana houve alterações significativas. A sociedade evoluiu, novas concepções surgiram, direitos se modificaram e novos contratos foram criados.

Conseqüentemente, os contratos passaram a seguir princípios éticos e sociais, trocando o modelo clássico, que priorizava o individualismo e a livre autonomia, com o fito de reduzir as desigualdades existentes nos pólos das relações contratuais, inibindo cláusulas e práticas abusivas.

Pereira, em suas Instituições (2005, p.12), descreve a função social do contrato:

Com o passar do tempo, entretanto, e com o desenvolvimento das atividades sociais, a função do contrato ampliou-se. Generalizou-se. Qualquer indivíduo sem distinção de classe, de padrão econômico, de grau de instrução, contrata. O mundo moderno é o mundo do contrato. E a vida moderna o é também e em tão alta escala que se fizesse abstração por um momento do fenômeno contratual na civilização do nosso tempo, a consequência seria a estagnação da vida social. É o contrato que proporciona a subsistência de toda gente. Sem ele a vida individual regrediria, a atividade do homem limitar-se-ia aos momentos primários.

Existem várias formas de controle descritas pela doutrina para coibir possíveis abusos nos contratos padronizados e de adesão através da função social do contrato. Não se pode, porém, perder de vista que é no próprio CDC que está previsto as proteções dadas aos contratos de consumo, classificando e prevendo uma série de cláusulas abusivas, e, ainda

trazendo uma ampla proteção contratual aos consumidores, de modo, que, ratifica a noção de função social dos contratos que o próprio código reforçou.

Essa proteção ocorre em dois aspectos. O primeiro é preventivo, quando estabelece os limites para o direito de contratar dos fornecedores, e o segundo de caráter repressivo, especificando punições e fiscalização dos abusos das cláusulas pelo poder judiciário, o que demonstra uma clara manifestação da função social do contrato, tendo em vista o respeito ao princípio da autonomia da vontade dos consumidores.

Alguns princípios contratuais, embora derrocados da importância que possuíam em outros tempos, são fundamentais para se estabelecer um equilíbrio sólido e justo na elaboração do contrato.

Marques (2002, p. 102), preconiza uma nova concepção de contrato, uma concepção social, que eleva a importância da sociedade na hora de contratar. É uma concepção

“(…) para a qual não só o momento da manifestação da vontade (consenso) importa, mas onde também e principalmente os efeitos do contrato na sociedade serão levados em conta e onde à condição social e econômica das pessoas nele envolvidas, ganha importância”.

1.2 As teorias contratuais e seus princípios

Os princípios, segundo comenta J.J. Canotilho (1998, p. 1034), são espécies de normas com um grau de abstração elevado, com papel fundamental no ordenamento jurídico, devido a sua posição hierárquica ou a sua importância estruturante dentro do sistema jurídico. São *standards* juridicamente vinculantes nas exigências de justiça ou na ideia de direito, representando os anseios da sociedade vigente. Dessa forma, mostra-se indispensável entendermos os princípios orientadores das teorias contratuais.

1.2.1 Princípios da teoria contratual clássica

Os princípios da teoria contratual clássica orientam que as partes se encontram em pé de igualdade na relação contratual, cabendo ao Estado interferir apenas no momento do cumprimento das cláusulas estabelecidas.

Dessa forma, destacam-se três princípios fundamentais inspirando a teoria clássica contratual. São eles: os princípios da autonomia da vontade, da obrigatoriedade e o da relatividade dos contratos.

1.2.1.1 Princípio da autonomia da vontade

As partes são livres para estipular o conteúdo contratual, criando direitos para si e obrigações segundo seu consenso e interesse, sendo seus efeitos tutelados pelo ordenamento jurídico.

Essa liberdade conferida à parte é ampla, não se referindo apenas à construção da avença, mas também concernente à liberdade de contratar ou não, de querer fazer parte do negócio jurídico, de fixar o seu conteúdo elaborando cláusulas, estipulando direitos e conferindo obrigações.

No tocante a esse princípio, descreve Novais (2001, p. 44-55):

Não obstante o importante papel exercido pelo Direito Canônico para a construção do princípio da autonomia da vontade, foi a Teoria do Direito Natural que mais contribuiu para a formação e a consolidação do referido princípio. As idéias de Kant, neste ponto, foram essenciais para o entendimento da pessoa humana como ente de razão e, portanto, como fonte fundamental do direito, já que por meio de sua vontade a expressão jurídica se realiza.

Essa concepção de vontade, como única maneira de criar e validar o contrato, juntamente com a total liberdade contratual ocultava a imposição de determinadas contratações à parte mais fraca que, apenas hipoteticamente, poderia recusar-se a contratar ou opinar quanto às cláusulas contratuais. Dentre a idéia disfarçada de igualdade entre as partes, estava a grande disparidade, sobretudo econômica existente.

Destaca Diniz (2002, p. 35-36) que o princípio da autonomia da vontade está atrelado ao da sociabilidade dos contratos, conforme dispõe o art. 421, do Código Civil, além do que a lei, a doutrina e a jurisprudência já permitem a revisão judicial de contratos em que haja a excessiva onerosidade para uma das partes, colocando limites ao arbítrio dos contratantes.

1.2.1.2 Princípio da obrigatoriedade das convenções

Esse princípio é o da força obrigatória dos contratos, conhecida pela máxima romana "*pacta sunt servanda*", que consagra a força da lei no acordado pelas partes, devendo ser fielmente cumprido, trazendo segurança jurídica às relações contratuais, pois já que o acordo foi elaborado de forma livre e consensual, nada mais lógico do que seu normal adimplemento, só podendo ser desrespeitado, excepcionalmente, em ocorrendo caso fortuito ou força maior.

Todavia, esse princípio não mais reflete a realidade em que vivemos, claramente com o surgimento dos contratos de massa, em que se impõem cláusulas pré-estabelecidas unilateralmente, cabendo a outra parte apenas aderir ou não ao contrato padrão.

Dessa forma, mesmo que o princípio da obrigatoriedade continue em vigência, ele sofre algumas atenuações, com a decorrente da Teoria da Imprevisão. Conforme diz Sampaio (2002, p. 21):

A teoria da imprevisão, consistente na possibilidade de revisão dos contratos já aperfeiçoados, chega a admitir, em seu grau máximo, a própria inexecução das obrigações sem responsabilidade do contratante, ou seja, verificada a hipótese de incidência, pode, inclusive, gerar efeito liberatório, extinguindo, portanto, o vínculo contratual.

1.2.1.3 Princípio da relatividade dos contratos

Este princípio está conectado ao objeto do contrato, expressando que o mesmo só obriga aqueles que tomaram parte em sua formação, não prejudicando e nem aproveitando a terceiros, já que ninguém pode tornar-se devedor ou credor sem sua plena aquiescência.

Essa é a norma geral, podendo haver casos específicos onde reflexos da criação de um contrato, como bem tangível, possam afetar indiretamente interesses de terceiros que originalmente não integram o liame contratual.

Conforme o exposto, Novais (2001, p. 62) escreve:

Vale ressaltar que a existência do contrato deve ser respeitada por terceiros, o que quer dizer que a existência não se confunde com os chamados efeitos internos. Estes compreendem os direitos e as obrigações criadas em virtude do vínculo contratual que só podem atingir às partes.

Quanto a essa relatividade existem exceções, por exemplo, no que diz respeito à estipulação em favor de terceiros, que estende seus efeitos a outras pessoas, alheias à avença, como ocorre nos contratos de seguro de vida, em que se estipulam vantagens em favor de um terceiro que, em momento algum, participou do contrato.

1.2.2 Princípios da teoria contratual moderna

Em se tratando dessa teoria contratual moderna, pode-se dizer que ela tem como base a sociabilidade dos contratos, reconhecendo que, via de regra, as partes contratantes

encontram-se numa situação de desigualdade, sendo necessário que o Estado interfira a fim de definir limites à autonomia da vontade, podendo, com isto, proporcionar a equidade e a justiça social.

O princípio da função social dos contratos, o princípio da boa-fé objetiva e o princípio da eticidade, representam verdadeiros pilares de sustentação que norteiam a teoria contratual moderna.

Entende-se que o princípio da função social determina que os contratos devam ser interpretados conforme o meio social onde os mesmos são inseridos, sem que ocasionem onerosidade excessiva as partes, assegurando a igualdade entre elas de tal modo que haja equilíbrio na relação contratual, resguardando, assim, os interesses dos grupos sociais também nas relações privadas.

Pode-se analisar a função social, como limite à liberdade de contratar, em dois prismas: primeiro, o aspecto individual, que trata dos interesses dos contratantes e a relação estabelecida entre eles. É interessante observar, que para a plena satisfação dos interesses dos contratantes, é necessário que haja uma real liberdade e igualdade entre eles, ou seja, um ato de consenso em que possam discutir abertamente as cláusulas constantes do contrato. Ocorrendo, pois, um desequilíbrio consensual entre as partes, verifica-se uma imposição de vontade de um lado sobre o outro.

Assim, a função social do contrato desaparece, cabendo ao Estado interferir para proteger os vulneráveis da relação a fim de que o equilíbrio entre os contratantes seja mantido.

O segundo prisma a ser abordado é o aspecto público. Neste, para que seja respeitada a sua função social, prioritariamente, o contrato deve estar atrelado aos interesses além das partes, ou seja, inteiramente ligado aos interesses sociais de toda coletividade.

Dessa forma, se o contrato traz contribuições significativas para o bem de toda a coletividade em que as partes se encontram, tem-se, portanto, o atendimento almejado, além da efetiva igualdade entre as partes, os interesses maiores da sociedade, que podem eventualmente extrapolar os interesses estritamente privados dos contratantes. Assim nos diz Rodrigues (2004, p. 16) “(...) cada vez que o interesse individual colide com o da sociedade, é o desta última que deve prevalecer”.

Em se tratando do princípio da boa-fé objetiva, observa-se que, nos dias atuais, a sua concepção se reveste de uma nova interpretação e desempenha proeminente função. Este princípio se traduz como uma regra de conduta, um dever de agir de acordo com

determinados padrões estabelecidos e reconhecidos na sociedade, considerando os aspectos sociais envolvidos.

A boa-fé também busca os pressupostos éticos na ação dos sujeitos de direito, seja através da necessidade da confiança contratual e de lealdade, seja como mandamento de equidade, de justiça social, ou ainda como um dever de proporcionalidade entre as prestações.

A boa-fé objetiva desempenha basicamente três funções nas relações obrigacionais. A primeira delas é a de fonte criadora de novos deveres jurídicos de conduta, os chamados deveres anexos, que deverão ser observados pelas partes contratantes, como os deveres de cuidado, providência, segurança, de aviso, correção, de informação e de cooperação.

A segunda função é a atuação como norma limitadora do exercício de direitos subjetivos, reduzindo a ação dos contratantes definindo algumas condutas e cláusulas como abusivas.

Como terceira função, a boa-fé também atua como fonte interpretativa, sendo um elemento hábil para o aplicador do direito preencher as lacunas existentes no caso concreto, servindo como norte a ser seguido na interpretação contratual.

Conforme nos esclarece Novais (2001, p. 80): “Com a promulgação do CDC, o princípio da boa-fé objetiva foi introduzido no nosso ordenamento jurídico, pelo menos como máximo balizador dos contratos de consumo, objetos do referido código”.

Assim, concluímos que a aplicação do princípio da boa-fé objetiva nas relações contratuais demonstra concretamente que o contrato não mais funciona apenas como meio de atingir o interesse pessoal dos indivíduos, mas também está sujeito a uma intervenção tácita ou expressa do Estado na tentativa de atender aos anseios sociais.

1.3 Dos contratos de adesão

**UFCG - CAMPUS DE SOUSA
BIBLIOTECA SETORIAL**

É de fundamental importância reconhecer que com o desenvolvimento da sociedade após a revolução industrial e conseqüentemente com o avanço do processo econômico, oferecendo maior rapidez nas relações comerciais, nitidamente na sociedade globalizada e industrializada, houve a despersonalização do comércio, sendo elaborado um novo conceito para o contrato.

Nesse contexto, desenvolveu-se uma nova modalidade de contratação: os chamados contratos de adesão, como resultado da massificação do consumo, e se contrapondo ao contrato vigente na época da Teoria Contratual Clássica, em que as partes podiam dispor

livremente de sua autonomia contratual já que se encontravam em posição de pretensa igualdade.

Os contratos de adesão são aqueles cujas cláusulas são preestabelecidas unilateralmente pelo parceiro contratual mais forte (fornecedor), cabendo ao outro parceiro (consumidor), apenas escolher se pretende ou não aderir a este contrato padrão, causando, na maioria das vezes, grandes aborrecimentos e transtornos ao consumidor, que têm seus direitos suprimidos e desrespeitados.

Conforme conceitua Bicalho (Revista de Direito do Consumidor nº 49, 2004, p.105):

Contratos de Adesão, como se sabe, são aqueles que não resultam do livre debate que precede, de maneira geral, as demais espécies de contratos. Nele, as cláusulas são pré-constituídas unilateralmente pelo parceiro economicamente mais forte, cabendo à outra parte tão somente aceitá-las.

Como se vê, nestes contratos, inexistente entre as partes uma negociação das suas cláusulas antes da formação do contrato. A negociação se restringe apenas a aspectos de menor importância do contrato, certos aspectos de maior relevância são pelo fornecedor preestabelecidos, sem permissão de mudanças. Como nestes contratos o consumidor não pode sugerir modificações, o vínculo entre eles se forma através da adesão do consumidor ao contrato.

Ressalta-se que esta sua peculiaridade diz respeito à sua formação e não faz com que os mesmos sejam considerados uma categoria autônoma de contrato. Assim é o pensamento da maioria da doutrina, como resume Nery Júnior (apud Grinover et al, 2007, p. 623):

O contrato de adesão não encerra novo tipo contratual ou categoria autônoma do contrato, mas somente técnica de formação do contrato que pode ser aplicada a qualquer categoria ou tipo contratual, sempre que seja buscada maior rapidez na conclusão do negócio jurídico, exigência das economias de escala.

Nos dias atuais, os contratos de adesão são inerentes à sociedade de consumo, sendo a técnica de formação mais utilizada na modalidade negocial, sobretudo nos contratos de consumo. Assim resume Almeida (2003, p. 157):

Os contratos de adesão avultaram em importância no campo das relações de consumo. De um lado, pela multiplicidade das relações de consumo, manifestada na ampla e variada gama de contratos, de outro, pela impossibilidade prática na contratação individual nos moldes clássicos, por fim, pela desigualdade dos contratantes, tornando possível o abuso do disponente no ato de formação das condições gerais do contrato, tendo em vista que o consentimento do consumidor se dá pela simples adesão ao conteúdo preestabelecido.

1.3.1 Cláusulas abusivas

Os contratos de adesão apresentam dois aspectos avaliativos, por um lado, trazem vantagens para as empresas pela sua rapidez e segurança, por outro, representam um sério risco para os consumidores, pois, em via de regra, trazem insuficiência tanto técnica como econômica para os consumidores, que são expostos a práticas abusivas.

Elaborados de maneira unilateral e massificada, a possibilidade dos fornecedores inserirem cláusulas abusivas, torna-se mais freqüente, uma vez que são eles próprios que impõem todas as disposições e cláusulas contratuais, sem dispor ao consumidor (parte hipossuficiente da relação) a chance de negociar o seu conteúdo.

Assim sendo, as cláusulas contratuais buscam, conforme afirma Marques (2002, p. 146): “garantir vantagens unilaterais para o fornecedor que as elaborou, diminuindo os seus deveres em relação ao consumidor, exonerando-o de responsabilidades, diminuindo assim os seus riscos e minimizando os custos de uma futura lide”.

Acrescenta-se, ainda, que as cláusulas abusivas podem estar presentes em outros tipos de contratos, porém, é nos contratos de adesão que elas aparecem com maior intensidade, são marcantes e prejudiciais, como comenta Nery Júnior (apud Grinover et al, 2007, p. 558):

As cláusulas abusivas não se restringem aos contratos de adesão, mas cabem em todo e qualquer contrato de consumo, escrito ou verbal, pois o desequilíbrio contratual, com a supremacia do fornecedor sobre o consumidor, pode ocorrer em qualquer contrato. O CDC visa proteger o consumidor contra os abusos e não somente o aderente do contrato de adesão. Daí a razão de as cláusulas abusivas estarem tratadas pelo CDC em seção diversa do regulamento do contrato de adesão, significando terem abrangência para além dessa forma de contratação.

O CDC, que regulamenta as relações de consumo de um modo geral, vem coibir a presença das cláusulas abusivas à luz do art. 6º, inciso IV: “são direitos básicos do consumidor a proteção contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços”.

Ainda no CDC, em seu art. 51, tem-se um rol exemplificativo de cláusulas abusivas, e que, por isso, são consideradas nulas de pleno direito. É pela expressão “entre outras” que se averigua o intuito da lei de tratá-las em *numerus apertus*. Existem também, por exemplo, aquelas trazidas pela Secretaria de Direito Econômico em decreto expedido anualmente.

Muitas das cláusulas mencionadas no CDC trazem conceitos indeterminados e vagos, que precisam ser preenchidos pelos magistrados, como diz Nery Junior (apud Grinover et al, 2007, p. 562): “Sempre que verificar a existência de desequilíbrio na posição das partes no contrato de consumo, o juiz poderá reconhecer e declarar abusiva determinada cláusula,

atendidos os princípios da boa-fé e da compatibilidade com o sistema de proteção ao consumidor”.

Algumas cláusulas abusivas tipificadas no CDC, como as que trazem obrigações iníquas e vantagens exageradas, possuem conceitos jurídicos abertos, que devem ser preenchidos pelo magistrado na análise do caso concreto, tendo por base todo o sistema jurídico que busca proteger os consumidores.

Observa-se, ainda, que o próprio art. 51 § 1º, trazendo casos em que há presunção legal deste abuso, que visa a neutralizar a hipossuficiência do consumidor diante do poderio econômico ou da situação vantajosa do fornecedor, são elas:

Art. 51 [...]

§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 o conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

O inciso XV do artigo 51 do CDC traz que são nulas as cláusulas que firam o sistema de proteção consumerista, que engloba não apenas este código, mas também demais textos jurídicos que tragam normas visando a proteção dos consumidores e ao respeito à equidade nas relações. Assim comenta Nery Junior (*apud* Grinover et al, 2007, p. 589):

Esta disposição configura norma de encerramento, que possibilita ao juiz ampla margem para integrar o conceito jurídico indeterminado e dizer o que significa estar em desacordo com o sistema de proteção do consumidor. Essa possibilidade e a dicção do caput do art. 51- que, com a expressão “entre outras”, permite a consideração de outras hipóteses de cláusulas proibidas além das enumeradas na lei- fazem com que o sistema de cláusulas abusivas do CDC seja insuscetível de lacuna.

Em se tratando dos princípios do sistema consumerista, temos os princípios da vulnerabilidade do consumidor, da transparência, da confiança, da equidade, da boa-fé, da informação e da educação.

O art 4º inciso I, do CDC, dispõe sobre a atuação do princípio da vulnerabilidade como núcleo de Política Nacional das Relações de consumo, de onde se irradia todos os demais princípios informadores. É vislumbrado a partir do momento em que se examina a cadeia consumerista, pois é evidente que o consumidor é o pólo mais fraco da relação, necessitando de proteção especial para dar efetividade ao princípio constitucional da

isonomia, na medida em que trata desigualmente os desiguais segundo sua desigualdade, tentando estabelecer o equilíbrio entre eles.

O princípio da transparência, também enumerado no mesmo artigo 4º, do CDC, está intimamente ligado com os princípios da informação, da confiança e da boa-fé, exigindo do fornecedor uma posição de informar com clareza ao consumidor, todas as cláusulas do contrato sob pena de nulidade pelo judiciário. Objetiva, ainda, evitar que os cidadãos sejam levados a consumir pela ilusão e não com base na realidade. Ao lado deste princípio ganha força um outro, o da “veracidade” sobre os produtos ou serviços de quaisquer natureza que sejam oferecido no mercado.

A informação clara sem duplicidade de interpretação pelo fornecedor, assegurará ao consumidor o direito de vincular-se ou não, ao contrato. A informação só poderá ser mais eficiente, caso seja dada atenção especial à educação básica, condição indispensável para o exercício completo da cidadania. Comenta Filomena (*apud* Grinover et al, 2007, p. 71) ao tratar deste princípio: “Referida tarefa, em verdade, é de todos: Estado, empresas, órgãos públicos e entidades privadas de defesa do consumidor”.

Verifica-se mais uma vez a presença da boa-fé objetiva, como princípio norteador de todo o sistema, impondo novos deveres especiais de conduta durante o vínculo contratual, como os de cuidado, previdência e segurança, deveres de aviso e esclarecimento, de informação, dever de prestar contas, dever de cooperação e colaboração, de proteção e cuidado com a pessoa, como também sendo causa limitadora do exercício, antes lícito, hoje abusivo, dos direitos subjetivos.

Sugere-se, por conseguinte, a não formulação pré-determinada de solução dos problemas, mas sim, que o magistrado, ao analisar o caso concreto verifique se as partes agiram com boa-fé para a conclusão do negócio jurídico e se as cláusulas contratuais estão de acordo com a equidade. Como lembra Nelson Nery (*apud* Grinover et al, 2007, p. 670), exemplificando uma abusividade presente nos contratos de plano de saúde, proibida pela Lei nº 9.656/98:

É nula, por ofender a boa-fé, a cláusula, geralmente inserida nos contratos de planos de saúde, de não cobertura de algumas moléstias, como AIDS e câncer. Quem quer contratar um plano de saúde quer cobertura total, como é óbvio. Ninguém paga plano de saúde para na hora em que adoecer, não poder ser atendido.

2 CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

2.1. O sistema de saúde

O Estado, durante o passar dos anos, ora deixou a saúde a ser disposta livremente pelos particulares, ora chamou para si este serviço público essencial, pois se refere diretamente ao próprio direito à vida.

Na atualidade, o Estado não mais conseguiu manter um sistema de saúde para abranger toda a parcela populacional, prestando um serviço público de maneira falha, omissa e ineficiente. Foi diante desta conjuntura que ganharam os planos de saúde privados, pois deles os particulares tiveram maior acesso aos hospitais e serviços médicos privados de saúde.

A proteção à saúde é um direito social fundamental e dever do Estado, conforme preceitua o art. 6º da Constituição Federal: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A saúde é um dever do Estado na medida em que é financiada por impostos que são pagos pelos contribuintes aos Municípios, Estados e União. Nascendo, pois, para estes, a necessidade de cumprir sua contraprestação, criando condições para que toda e qualquer pessoa tenha acesso aos serviços de saúde, hospitais, tratamentos, programas de prevenção e medicamentos.

Sendo a saúde um direito público subjetivo, devem ser respeitadas, em busca de sua efetivação, todas as garantias e direitos fundamentais constitucionais, como o direito à vida, os princípios da dignidade da pessoa humana e da isonomia. Este embasa o tratamento diferenciado aos sujeitos da relação de consumo, conferindo uma proteção maior aos consumidores, como forma de se atingir a igualdade material.

A garantia à saúde também está consagrada na Constituição Federal como um direito de todos, no art. 196, que dispõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Sobre este direito constitucional à saúde já se pronunciou o Supremo Tribunal Federal (RE 267.612 – RS, DJU 23/08/2000, Rel. Min. Celso de Mello), senão vejamos:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art.196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e

implementar - políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa institucional incosequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

A Constituição Federal protege, portanto, a cura e a prevenção de doenças através de medidas que asseguram a integridade física e psíquica do ser humano, como conseqüência direta do fundamento da dignidade da pessoa humana, pois sem saúde não há vida, e sem vida humana não há razão de ser para o próprio Direito.

O juiz Alexandre David Malfatti ao analisar a dignidade da pessoa humana como princípio supremo do nosso sistema dispõe (Revista de Direito do Consumidor nº 43, 2002, p. 361):

Interessa destacar a dignidade da pessoa humana, uma vez que se trata do mais importante princípio do ordenamento jurídico. Ou seja, a sociedade brasileira ordena-se e transforma-se inspirada na possibilidade de respeitar e tornar efetiva a dignidade de todas as pessoas que a compõem. Não há soberania, cidadania, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa ou pluralismo jurídico, se não existir um princípio ainda mais relevante e fundamental a dignidade da pessoa humana.

Por serem as ações de serviços de saúde de relevância pública, o Estado pode executá-las, direta ou indiretamente, através da iniciativa privada, sob sua fiscalização e controle, visando à proteção, promoção e recuperação da saúde.

O Estado, entretanto, vem enfrentando dificuldades crônicas, oferecendo serviço de saúde falho e de baixa qualidade, produzindo uma insegurança na população.

Embora na Constituição de 1988 tenha sido criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo princípio fundamental é a consagração da saúde como um direito fundamental, abrangendo principalmente as pessoas carentes, este sistema ainda é precário e está longe de suprir as necessidades da população.

Neste ínterim, os indivíduos se viram compelidos a buscar mecanismos de assistência privada à saúde, objetivando salvaguardar sua vida e integridade física. Sendo justamente neste momento de fraqueza do Poder Público, em cumprir sozinho o seu dever, que emergiram com maior força os planos privados de saúde.

Os planos privados de saúde começaram a ganhar força no Brasil por volta da década de 70, devido à insatisfação da população com a saúde pública. Ao longo dos anos, um maior número de consumidores passou a se utilizar desses contratos de prestação de serviço.

Fazendo um decorrer dos planos privados de saúde Pereira Filho afirma (www.scielo.br/scielo.php?pid=SO10340141999000100011&sript=sciartlex&tin=pt-34k):

No Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 60 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico de qualidade a seus empregados. Estimularam médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde. O conceito evoluiu e prosperou em todo o país e, em 1997, planos de saúde feitos pelas empresas de medicina de grupo assistiam a cerca de 17 milhões de brasileiros.

A prestação de saúde se trata de um serviço de responsabilidade do Estado que autoriza a participação da iniciativa privada, apenas de forma complementar, e desde que segundo as diretrizes impostas pela Legislação específica e pelos princípios de Direito que compõem o ordenamento jurídico.

Esta prestação de assistência à saúde pelos particulares se dá com a regulamentação do Estado sobre os contratos de planos privados de saúde, em que há aderência dos indivíduos que esperam ter, no momento da doença, cobertura e assistência médico-hospitalar eficiente e imediata.

Como bem finalizou Pereira Filho ao tratar da importância de se unirem Estados e particulares na prestação de assistência à saúde (www.scielo.br/scielo.php?pid=SO10340141999000100011&sript=sciartlex&tin=pt-34k):

É evidente que a saúde suplementar no Brasil, assim como em todo o mundo, tem um papel fundamental a cumprir na questão da saúde em geral. Sem a participação da iniciativa privada, o Estado dificilmente suportará o atendimento às populações mais carentes e os pesados investimentos que precisam ser feitos numa medicina cada vez mais sofisticada. A convivência é possível e desejável, como acontece em tantos países. Cabe à sociedade buscar o caminho dessa convivência, em benefício de todos.

O fato de o Estado permitir a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde, como dispõe o art. 199 da Constituição Federal, não significa que os agentes privados podem dispor ao seu bel prazer dos contratos de planos de saúde, já que se está tratando de um serviço essencial, pois o que se está comercializando é a própria vida, o bom tratamento físico e mental do indivíduo, bens indisponíveis e de relevância indiscutíveis.

Regulamentar estes contratos de planos de saúde, mitigando a autonomia da vontade é uma forma de garantir a preservação dos interesses sociais e da dignidade da pessoa humana, fundamentais em uma sociedade que preza pela valorização do indivíduo como sujeito de direitos.

2.2. Planos de saúde e a natureza jurídica dos seus contratos

Contrato de plano de saúde é todo contrato de assistência privada à saúde, firmado entre consumidores e prestadores de serviços de saúde, apresentando cláusulas preestabelecidas unilateralmente pelo fornecedor.

Tendo em vista as suas peculiaridades, o contrato privado de plano de saúde pode ser caracterizado como um negócio bilateral, oneroso, consensual, típico de trato sucessivo, de consumo e de adesão.

São contratos bilaterais porque existem dois sujeitos, sendo que cada um é reciprocamente devedor e credor do outro. Uma vez que ao mesmo tempo em que o usuário de plano de saúde assume a obrigação de pagar mensalmente uma prestação pelo seu plano, o prestador de serviço se obriga a assegurar e arcar com todas as despesas relacionadas com a saúde de seu usuário.

A onerosidade existe na medida em que o consumidor paga as contraprestações fixadas no intuito de obter, quando necessário, cobertura total dos seus tratamentos de saúde assim como a prestadora de serviço obtém lucro recebendo mensalmente as prestações dos usuários e apenas no momento em que estes necessitarem ela arcará com as despesas. Como disse Diniz (2002, p. 82): “Os contratos a título oneroso são aqueles que trazem vantagens para ambos os contraentes, pois estes sofrem um sacrifício patrimonial, correspondente a um proveito almejado”.

A consensualidade ocorre na medida em que se aperfeiçoa com a simples anuência das partes contratantes, sem necessidade de outro ato, ou seja, basta a aquiescência do consumidor ao contrato de adesão para que este passe a fazer efeito.

É um contrato típico, uma vez que há uma lei específica regulando e normalizando este contrato, que é a Lei nº 9.656, de 03-06-1998, que contém o conceito de plano de assistência à saúde, como também o seu objeto, e outras matérias disciplinadoras.

É um contrato de trato sucessivo, pois as prestações do devedor são pagas mensalmente, sendo firmados para durar por um período, já que os fornecedores só farão a sua contraprestação quando o consumidor precisar de serviços de saúde.

Eles são contratos de consumo, nitidamente de adesão, possuindo uma característica própria no seu modo de formação, já que se constituem pela aderência, sem alternativa, do usuário ao esquema contratual imposto pelas prestadoras de serviço de saúde.

Encontram-se, nestes contratos, comumente, cláusulas abusivas para garantir vantagens excessivas para os fornecedores, principalmente as que autorizam reajustes anuais

nas contraprestações pecuniárias sem demonstrar claramente os índices que serão utilizados, muito embora sejam coibidas pelo CDC, que regulamenta as relações de consumo de um modo geral, bem como pela Lei nº 9.656/98 que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde.

Como bem afirma a Procuradora de Justiça Rosana Grinberg (1999, p. 01):

Ora, não é preciso sequer ser bacharel em Direito para se perceber o absurdo e a abusividade destas cláusulas. Por primeiro, o consumidor assina o contrato, a ele sendo dito que por um ano, não sofrerá qualquer aumento da mensalidade. Basta ler estas cláusulas, para verificar que a informação não corresponde à verdade. O reajuste pode ocorrer a qualquer tempo e por qualquer índice, o que é outro absurdo inadmissível, porque só pode existir, por lei, um índice de reajuste. Além do mais, por este contrato, está se permitindo modificar a qualquer tempo e do jeito que melhor lhe convier as regras do contrato, de forma unilateral.

Apesar de todas as abusividades perpetradas nos contratos de planos de saúde, eles são de assaz importância para garantir o exercício dos direitos fundamentais, pois possibilitam o acesso do usuário ao serviço particular de prestação de serviço à saúde, já que o sistema público está sucateado. E, por tal razão, eles devem se submeter às normas constitucionais e infraconstitucionais diretamente ligadas à matéria. Como leciona Oliveira (Revista de Direito do Consumidor n. 51, 2004, p.107):

Todavia, a importância dessa espécie de contrato nos dias atuais, mesmo com todos os seus problemas, é inegável. Se o SUS não tem correspondido às expectativas dos pacientes de atendimento a seus problemas de saúde, por outro lado, a contratação privada desses serviços diretamente e sem intermediação das operadoras de planos de saúde, tem sido inviável financeiramente para a maior parte da população. O plano de saúde, utilizando-se da solidariedade, é capaz de permitir o acesso a serviços de melhor qualidade, a preço razoável.

2.3 Plano de saúde dentro dos parâmetros do código de defesa do consumidor

Conforme já exposto, o CDC surgiu para formar um microsistema de proteção aos consumidores, buscando um equilíbrio e justiça contratual. Tal proteção especial não foi uma escolha aleatória do legislador em excepcionar determinados grupos de pessoas, mas sim foi uma reação a um quadro social e modelo jurídico até então vigentes.

Como o CDC elenca uma série de normas e princípios que privilegiam os consumidores frente aos fornecedores, há grande discussão para se buscar a abrangência de tal texto jurídico.

Para que se aplique o CDC faz-se mister que esteja presente uma relação de consumo, e esta é verificada quando o consumidor adquire ou utiliza produto ou serviço do fornecedor, como destinatário final.

Como leciona Filomeno (*apud* Grinover et al, 2007, p. 46):

“As relações de consumo, como já acentuado passos atrás, nada mais são do que ‘relações jurídicas’ por excelência, pressupondo, por conseguinte, dois pólos de interesse: o consumidor – fornecedor e a coisa, objeto desses interesses”.

Neste momento, serão analisados os conceitos de consumidores, fornecedores e os de prestação de serviços, para que se comprove se aos contratos de planos de saúde deve ser aplicado o CDC, com todos os seus princípios e regras protetoras.

Visando a facilitação da sua abrangência o CDC (Lei 8.078/90) trouxe de maneira clara a conceituação do consumidor:

Art. 2º. Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final. Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

A característica principal do consumidor reside na sua vulnerabilidade, encarada sob o aspecto do termo. Além de ser necessário a aquisição do produto ou serviço como destinatário final.

Existem duas correntes que explicam o conceito do consumidor do CDC, são elas: a maximalista e a finalista. Para os adeptos da primeira corrente o simples fato de se utilizar ou adquirir bens ou serviços, quer para uso pessoal ou profissional já caracteriza o consumidor; já para os defensores da segunda, para ser consumidor é necessário que se adquira o produto ou serviço para consumo próprio ou da sua família, ou seja, não pode ter um caráter profissional.

No caso dos contratos de planos de saúde firmados por particulares individualmente, não importa qual das duas correntes acima se adota, pois em ambos os casos há o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor, que têm no pólo contrário uma empresa de grande porte, algumas, inclusive, vinculadas a instituições financeiras. Logo, está evidente a necessidade de intervenção estatal nestes contratos, bem como que é cabível a aplicação das normas do CDC e demais textos protetores do consumidor, fazendo com que esses contratos atinjam a sua função social colaborar para a saúde dos usuários.

A Lei 8.078 de 11-09-1990 também conceitua o fornecedor no seu artigo 3º, mas, não há divergência doutrinária quanto a este aspecto, pois o Código foi bastante amplo ao adotar o termo fornecedor, senão vejamos:

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

Observa-se que o conceito de fornecedor abrange praticamente todas as atividades econômicas. Por este motivo, Almeida (2003, p. 40-41) afirma que sua definição deveria ser obtida por exclusão:

Talvez seja mais cômodo definir por exclusão, ou seja, dizer quem não pode ser considerado fornecedor. Em princípio, portanto, só estariam excluídos do conceito de fornecedor aqueles que exerçam ou pratiquem transações típicas de direito privado e sem o caráter de profissão ou atividade, como a compra e venda de imóvel entre pessoas físicas e particulares, por acerto direto e sem qualquer influência de publicidade.

O referido Almeida (2003, p. 42) engloba dentro da relação consumerista todas as prestações de serviço remuneradas, excetuando-se as trabalhistas. Assim, também incluídas os prestadores e serviço de saúde, embora não trazidas explicitamente no CDC, porque se enquadram no conceito de fornecedor, pois ofertam no mercado de consumo seus serviços recebendo prestações mensais dos usuários.

O CDC trouxe os objetos de relação de consumo, ao definir o que deve ser considerado “produto” e “serviço”, conforme se observa abaixo:

Art. 3º {...}

§ 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 secundária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhistas.

Necessário se faz discorrer sobre o que se entende por serviços. Este compreende todas as atividades onerosas e habitualmente no mercado, como os serviços prestados pelas operadoras de plano de saúde. Dessa forma, pode-se observar que nos contratos de planos de saúde, seja qual for o serviço contratado, há uma relação consumerista, na qual a empresa (fornecedora) propõe cobertura ao tratamento das enfermidades (prestação de serviço) e, em contraprestação, compromete-se o usuário (consumidor), ao pagamento mensal de parcelas que variam quanto ao valor cobrado.

Diante o exposto, é indiscutível a formação de uma relação de natureza consumerista entre os usuários e as operadoras de planos de saúde, pois estas se enquadram perfeitamente nas condições do fornecimento de serviços. Assim como os usuários na qualidade de pessoas físicas, destinatárias finais dos serviços se coadunam nas características de consumidor. Além do objeto da relação ser a prestação de serviços, remunerada e habitual, nos termos do CDC.

3.4. Surgimento da lei dos planos de assistência à saúde

Mediante a necessária e urgente proteção aos consumidores contra os freqüentes abusos e desrespeito aos que se submetem a contratar planos de saúde privada, foi editada a Lei 9.656 em junho de 1998, que dispõe de planos privados de assistência à saúde.

A luta por uma legislação específica no âmbito da saúde é muito antiga, com início na década de 80, quando os contratos de planos de saúde ganharam força no Brasil e os consumidores já reclamavam o tratamento que lhes dispensavam, exigindo um tratamento diferenciado.

Vários projetos de lei tramitaram no Congresso Nacional, visando à defesa dos usuários de planos de saúde, até ser editada a Lei 9656/98, que surgiu como fruto de uma longa luta e um exaustivo processo de discussão, com envolvimento de grande parcela da sociedade, conforme retrata Salazar (2002, p. 9):

Durante todo processo de discussão, o Idec os Procons, as entidades de usuários e de profissionais de saúde, como o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira, manifestaram-se contra o projeto de lei na Câmara dos Deputados e do Senado. Graças às reivindicações dessas entidades, por meio de atos públicos, de divulgação na imprensa e da pressão sobre os deputados e senadores, alguns pontos do projeto foram melhorados.

Anterior à vigência da citada lei, as principais modalidades de contrato de assistência à saúde eram: os contratos de planos de saúde e os seguros-saúde. Estes envolviam o reembolso das despesas médicas eventualmente realizadas em locais escolhidos pelo usuário, sendo, pois, oferecido por companhias seguradoras, empresas bancárias, e outras sociedades civis autorizadas, fiscalizados pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP. Nos planos não há fiscalização da SUSEP, existindo uma rede credenciada pelo fornecedor que deverá ser utilizada pelo usuário sem nenhum adicional, já que existe o pagamento mensal de uma parcela por tal serviço.

A Lei 9656/98, com a edição da Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a regular e conceituar todos estes contratos como de plano privado de assistência à saúde, assim vejamos o que se diz no art. 1º, caput, da Lei nº 9656/98:

Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde (...)

1-Plano privado de assistência à saúde: prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde {...}.

Editada a Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000 (a qual criou a ANS, vinculada ao Ministério da Saúde), que traz em seu bojo a finalidade de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades da área, garantiu-se a assistência suplementar à saúde, indispensável ao crescimento da sociedade como um todo.

A legislação sobre planos de saúde é muito ampla, tendo como fonte específica a Lei nº 9.656/98, que sofre constantemente modificações com a edição de medidas provisórias, além de também haver normatização do setor através de resoluções da ANS e portarias do Ministério da Saúde. Mediante as variações da Legislação sobre planos de saúde, tornando-a confusa e de difícil compreensão, embasa contratos também confusos, muitas vezes contrariando a lei e a Constituição Federal.

Com a vigência da citada Lei nº 9.656/98, que ocorreu em janeiro de 1999, os “contratos novos”, firmados após a sua vigência, bem como os contratos antigos que sofreram adaptação por liberalidade do consumidor, têm de seguir as normas específicas da legislação, assim também a Lei nº 8.078/90 (CDC), devendo prevalecer no momento da aplicação aquela lei que melhor possa favorecer ao consumidor.

Percebe-se, pois, que apesar de todo regramento, ocorre um freqüente desrespeito e abuso das operadoras de planos de saúde com os seus usuários, gerando assim, um grande descontentamento, tendo em vista a nítida relação com os reajustes anuais, ponto sumamente importante que abordaremos em seguida.

Embora haja na lei uma limitação para tais reajustes, segundo a autorização da ANS, este percentual estabelecido extrapola os índices de inflação oficial. A própria Agência reguladora e fiscalizadora autoriza essa prática de reajustes superiores aos índices oficiais, contrariando a legislação, fato que provoca inúmeros questionamentos sob o posicionamento desse órgão e a sua legalidade para a prática de possível abusividade de tal permissão.

2.5. Abusividade dos reajustes anuais nos contratos anteriores à lei nº 9.656/98

Inicialmente pode-se conceituar o Reajuste anual como uma forma de aumento nas mensalidades dos contratos de planos de saúde em função das variações inflacionárias setoriais e dos custos no ramo de saúde. No entanto, o que se verifica, muitas vezes, são cláusulas obscuras e genéricas que autorizam tais reajustes de maneira abusiva, onerando demasiadamente o consumidor, devendo, portanto, serem anuladas, já que colocam os usuários em difícil situação de desvantagem excessiva, além de afetar nitidamente o equilíbrio contratual.

Embora existam outros tipos de reajustes nos contratos de plano de saúde, neste trabalho apenas serão abordados os que são reajustados com a mudança de faixa etária, conforme padrões de faixa etária previamente estabelecidos, assim como, os reajustes anuais para repor a inflação do período.

Conforme Torres Filho (2004, p. 24):

Os critérios de reajustes adotados por algumas operadoras de plano de saúde, utilizam táticas como a variação de custos médico-hospitalares, sendo extremamente difícil a compreensão destes dados para o consumidor, portanto ilegais.

Muito embora os reajustes anuais tenham uma função justa, que é evitar a desvalorização da moeda e o equilíbrio financeiro do contrato, esta possibilidade de reajuste tem se operado de maneira abusiva pelas prestadoras de serviço à saúde, prioritariamente quando se refere aos “contratos antigos”.

Para os contratos anteriores à Lei 9.656/98 a situação é crítica, já que não há limites expressamente fixados para seus reajustes, e, por conseguinte, ensejam aumentos bem superiores aos permitidos pela ANS.

Desta forma, surge divergência se as operadoras podem aumentar arbitrária e unilateralmente as mensalidades de tais contratos sob a alegação de que há cláusula contratual permitindo-o, sem necessidade da autorização da ANS (como hoje se exige para os “contratos novos” e “contratos adaptados”).

As prestadoras de serviço de saúde utilizam ainda como justificativa a decisão liminar incidental, proferida em 03/09/2003, em sede de Ação Direta de Inconstitucionalidade, nº 1931-8/DF, na qual o Supremo Tribunal Federal (STF) suspendeu a eficácia do art. 35 - E § 2º, da Lei 9.656/98, que dispunha que independentemente da data da

celebração do contrato, para a aplicação de reajuste nas suas mensalidades, necessária de prévia aprovação da ANS.

Entendem as operadoras que o deferimento desta liminar pelo STF implicaria concessão estatal para reajustes abusivos nas contratações pecuniárias dos “contratos antigos” de planos de saúde, sem que pudesse haver qualquer controle público sob o percentual aplicado.

Entretanto, muitos doutrinadores e profissionais do direito interpretam tal decisão como uma maneira de se excluir os “contratos antigos” do âmbito de incidência da Lei dos planos de saúde, sem, no entanto, afastar a fiscalização e normatização da ANS. Além de considerarem tais aumentos ilegais e inconstitucionais, tendo em vista o ordenamento jurídico como um todo. Razão pela qual foram e estão sendo ajuizadas diversas ações buscando a anulação dos reajustes anuais destes contratos.

Sabe-se, todavia, que os contratos de planos de saúde são de adesão, e apresentam muita obscuridade quanto ao critério a ser utilizado nos reajustes anuais, adotados pelas operadoras para cometer abusos contra os consumidores, e tais cláusulas são abusivas, sendo, por força do art. 51 do CDC, nulas de pleno direito, além de que ferem os princípios constitucionais da isonomia e da defesa do consumidor.

Muito propriamente afirma Nunes (Revista de Direito do Consumidor nº.49, 2004, p.129) que os contratos de prestação de serviço continuada, como os de plano de saúde, podem ser atingidos, além de que para que o ato jurídico seja perfeito ele precisa coadunar com o ordenamento vigente:

Ato jurídico perfeito, portanto, implica em que o ato tenha sido praticado de forma lícita e de acordo com o modelo jurídico vigente. Cláusula abusiva não é nem nunca representou ato jurídico perfeito. Não só pela própria base ética de toda e qualquer relação contratual, como também porque o próprio Código Civil de 1916 já assim o estabelecia no seu artigo 115, ao vedar o ato que ficava ao arbítrio de uma das partes (no atual CC a regra está repetida no art 122).

No que se refere à Constituição Federal, a abusividade nos reajustes anuais perpetrados ferem diretamente os art. 5º, inciso XXXII e o art. 170, inciso V, que asseguram a proteção e a defesa do consumidor, por considerá-lo vulnerável na relação.

Além disso, também é atingido o princípio da isonomia, pois as partes nos contratos de planos de saúde estão nitidamente em desigualdade, e, ao tratá-las de maneira igual, permitindo a total liberdade contratual, ressalta-se ainda mais a desigualdade, trazendo

prejuízo para o consumidor, que não tem a chance de discutir sobre os pontos essenciais do contrato, cabendo a ele apenas decidir se adere ou não as cláusulas pré-estabelecidas.

Note-se que está implícita na Carta Magna a função social dos contratos e a equidade, logo, ao serem admitidas válidas cláusulas contratuais que permitem o aumento unilateral do valor da contraprestação através de índices obscuros, imprecisos e desconhecidos do consumidor, fere-se a confiança, a boa-fé e a sociabilidade que devem permear todas as relações contratuais.

O direito à saúde, já tratado no capítulo anterior, é um direito fundamental dos indivíduos, na medida em que está diretamente ligado ao próprio direito à vida, à integridade física e a dignidade. Quando os particulares são autorizados a criar contratos que lidem com assistência a saúde, como ocorre nos contratos de planos de saúde, o respeito aos usuários tem de ser ainda maior.

Logo, tais reajustes maculam o próprio direito à saúde dos usuários de planos de saúde, pois ao firmarem estes contratos, os consumidores confiam e esperam que tenham uma assistência de qualidade, mas acabam sendo obrigados a sair dos planos, depois de anos de contribuição, por não conseguirem mais acompanhar seus inúmeros reajustes, que estão bem além dos percentuais dos índices oficiais.

Embora os contratos antigos fossem firmados antes da Lei nº 9.656/98, as cláusulas que autorizam o reajuste anual sem critério definido e de conhecimento do consumidor não devem ser aplicadas, na medida em que afronta totalmente com inúmeros preceitos constitucionais, como os citados, além de chocar com as garantias do CDC expostas a seguir.

Conforme anteriormente demonstrado, os contratos de planos de saúde são contratos de consumo, e, portanto, a eles também devem se aplicar as disposições do CDC.

As cláusulas constantes nos contratos de consumo devem, por força do art. 47 do CDC, serem interpretadas de forma mais favorável ao consumidor, para que se respeite, inclusive, o princípio constitucional da isonomia. Assim, nos litígios envolvendo as operadoras de saúde e os seus usuários, o Juiz deve sempre buscar a interpretação que favoreça estes, buscando o re-equilíbrio da relação jurídica, como retrata a jurisprudência do Tribunal do Paraná, (Revista do Consumidor n. 54/2005, p. 280-281. ApCiv 133187-5-rel.juiz convocado Eugênio Achille Grandinetti – 3 Cam. Civ. – j. 28.11.2000 – Ac. 13860).

Aos contratos de consumo se aplicam os princípios da teoria de interpretação contratual. São os seguintes: a) a interpretação deve ser sempre mais favorável ao consumidor; b) deve-se atender mais a intenção das partes do que a literalidade da manifestação de vontade (art. 85 de CC); c) a cláusula geral da boa-fé reputa-se insita em toda a relação de consumo, ainda que não consiste expressamente do

instrumento do contrato (CDC art. 4, caput, II e III e art. 51, IV); d) havendo cláusula negociada individualmente esta prevalecerá sobre as cláusulas estipuladas unilateralmente pelo fornecedor; e) nos contratos de adesão as cláusulas ambíguas ou contraditórias a interpretação se faz contra stipulatorem, em favor do aderente (consumidor) (...).

A administradora de planos de saúde não pode aumentar as mensalidades dos consumidores de forma arbitrária, sob pena de ferir o art. 51, inciso X, do CDC, que reputa abusiva a cláusula contratual que permite “ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral”.

Nunes (2005, p. 642) elogia a expansão desta norma referente à variação de preço imposta unilateralmente pelos prestadores, pois, segundo ele:

A regra do inciso X foi inteligente ao referir-se à variação direta ou indireta do preço. É bastante comum a inserção de cláusula contratual – que sempre foi potestativa – que permite ao fornecedor escolher o índice de reajuste numa “cesta” de índices, da qual tomará a maior.

Os reajustes anuais exorbitantes e sem percentual definido também ferem o art. 6º, inciso III, do CDC “*informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços*”, já que deixam os consumidores inseguros de que valor será utilizado, tornando-os ainda mais vulneráveis, e, muitas vezes, tendo os mesmos que saírem do plano, depois de vários anos de contribuição, por inadimplência, na medida em que o valor da sua prestação mensal aumenta desproporcionalmente ao salário. Logo, as cláusulas que admitem os reajustes segundo os critérios unilateralmente conhecidos pelos fornecedores são nulas de pleno direito segundo o CDC, pois é uma cláusula abusiva.

Tal dever de informação possuem as prestadoras de serviço de saúde, ainda mais pelo fato delas lidarem com um direito de extrema importância para os indivíduos, que é a sua saúde. Entendimento este consolidado na doutrina e expressamente destacado no trecho transcrito (FORTALEZA, 2002, p. 01):

Entendemos que as entidades do mercado que atuam com planos de assistência à saúde, em uma ação conjunta, têm a obrigação de estimular a formulação de programas de educação e de informação do consumidor. Estes programas de educação e informação do consumidor levarão a uma maior conscientização, para que possam fazer escolhas bem fundamentadas.

Todavia, encontra-se, comumente, o desrespeito a tal dever de informação, nas permissivas de reajustes anuais nas contraprestações pecuniárias, sem que se demonstre

claramente os índices que serão utilizados para tal majoração. Como bem afirma a Procuradora de Justiça Rosana Grinberg (1999, p. 01):

Ora, não é preciso sequer ser bacharel em Direito para se perceber o absurdo e a abusividade destas cláusulas. Por primeiro, o consumidor assina o contrato, a ele sendo dito que por um ano, não sofrerá qualquer aumento da mensalidade. Basta ler estas cláusulas, para verificar que a informação não corresponde aa verdade. O reajuste pode ocorrer a qualquer tempo e por qualquer índice, o que é outro absurdo inadmissível, porque só pode existir, por lei, um índice de reajuste.

Por fim, verifica-se um total desrespeito ao sistema de proteção do consumidor e aos princípios do CDC, como, por exemplo, aos princípios da vulnerabilidade do consumidor, da transparência, da confiança, da equidade e da boa-fé.

O princípio da vulnerabilidade é atingido, pois quando se admitem reajustes gritantes, deixa-se de proteger de maneira diferenciada estes consumidores, tornando ainda maior o desequilíbrio entre as partes contratantes. Em decorrência da sua fraqueza manifesta, o consumidor tem de utilizar instrumentos para que ele possa melhor defender-se, como, pelo menos, o limite imposto pela ANS para os contratos posteriores à Lei. Percentual máximo autorizado que, para muitos, ainda extrapola a realidade, mas que pelo menos, é bem inferior ao que se aplica aos contratos antigos.

Desrespeita-se o princípio da transparência ao não trazer de maneira clara e precisa o índice a ser aplicado, colocando-o à mercê da variação dos custos médicos hospitalares (valores estes que só a operadora de planos de saúde tem conhecimento) Exige-se, por conseguinte, do fornecedor um agir, no sentido de informar ostensivamente ao consumidor nas cláusulas contratuais os índices a serem aplicados nos reajustes, sob pena das mesmas serem declaradas nulas pelo Judiciário. Neste sentido se posiciona Bicalho (Revista de Direito do Consumidor n. 49, 2004, p. 112):

O princípio da transparência está previsto no art. 4º do CDC e tem como objetivo possibilitar uma aproximação e uma relação contratual mais clara e menos danosa entre fornecedor e consumidor. A transparência constitui-se na clareza nas informações contidas no contrato, possibilitando ao consumidor uma melhor compreensão do seu conteúdo e também sobre as características do serviço e do produto oferecido.

Em relação ao princípio da confiança, este é quebrado quando o consumidor recebe o seu boleto de cobrança mensal e vê reajustes exorbitantes, pois fere as condições previamente estabelecidas e as suas expectativas, já que, ao assinar o contrato, não lhe foi

explicado de maneira como seria tal reajuste. Assim a credibilidade depositada pelo consumidor no contrato de plano de saúde não alcança os fins esperados.

É indubitável a inexistência de boa-fé das operadoras de planos de saúde que aumenta unilateral e desproporcionalmente as prestações mensais dos usuários, tendo em vista que não agem com sinceridade, veracidade, já que pegam os consumidores de surpresa com tais aumentos, fazendo com que, muitos deles se tornem inadimplentes, e, por isso percam o direito ao plano.

Bicalho (Revista de Direito do Consumidor n. 49, 2004, p. 116) conceitua precisamente as funções deste princípio, senão vejamos:

Com efeito, o princípio da boa-fé representa o valor da ética, veracidade e correção dos contratantes, operando de diversas formas e em todos os momentos do contrato, desde a sua negociação até sua execução. A abrangência deste é contornada mediante tripartição das funções da boa-fé, quais sejam: Cânon interpretativo-integrativo, normas de criação de deveres jurídicos e normas de limitação ao exercício de direitos subjetivos.

Em virtude do exposto, fica evidente que tais cláusulas que permitem abusividade de reajuste anual são abusivas, e, como se está diante de um contrato de consumo, são nulas de pleno direito de acordo com o CDC.

O problema dos reajustes anuais exorbitantes ocorre prioritariamente nos contratos de planos de saúde anteriores à Lei 9.656/98, gerando uma confusão entre os que defendem a aplicação dos índices da ANS também para estes contratos, e as empresas que se defendem, alegando estarem cumprindo o contrato acordado entre as partes, conforme podemos observar abaixo (TORRES FILHO, 2004, p. 15):

A confusão dos consumidores acontece porque os contratos assinados depois de 1999 estão protegidos pelas leis de planos de saúde, tendo seu reajuste definido em 11,75%. Já os contratos firmados antes deste período terão como base o acordo realizado na época entre a operadora do plano de saúde e o cliente / consumidor, sendo que, em muitos casos, a própria ANS – Agência Nacional de Saúde, considera os reajustes praticados abusivos, ao passo que as empresas prestadoras se defendem com a alegação que estão agindo dentro da lei, dizendo que os aumentos estão baseados nos próprios contratos de cada plano.

Consoante se verá a seguir, vários julgados dos Tribunais, já se posicionam no sentido de proteger o consumidor, muito embora esteja suspenso o referido art. 35-E da Lei 9.656/98, proibindo que as operadoras reajustem seus planos em percentual exorbitante, devendo-as respeitar o mesmo limite percentual máximo a ANS impõe para serem aplicados nos contratos novos.

Inúmeros magistrados, ao serem chamados a se pronunciar nos casos concretos de ações que pediram a revisão dos contratos de planos de saúde e a declaração de nulidade da cláusula que autorizava reajustes anuais arbitrários, acharam por bem deferir as liminares pleiteadas, limitando os reajustes, no período de maio de 2004 a abril de 2005, ao percentual de 11,75% estabelecido pela ANS, em sua Resolução Normativa nº 74.

Os fundamentos utilizados pelos magistrados foram, em geral, no sentido de que as cláusulas contratuais que estabeleciam os reajustes das prestações apresentavam um cálculo confuso colocando os consumidores em desvantagem, com desequilíbrio contratual, sendo, portanto, uma cláusula abusiva, nos termos do art. 51, incisos IV e X, do CDC.

Mister se faz observar, pois, que mesmo que não se apliquem os índices estabelecidos pela ANS, as operadoras de planos de saúde não podem impor unilateralmente reajustes nos contratos antigos, senão vejamos a decisão do Tribunal de Justiça de Pernambuco, na ACP nº 001.2004.023159-4, Juiz Nilson Guerra Nery. Data da decisão: 05/08/2004. (Disponível em www.aduseps.org.br/procesonº001.2004.023159-4.htm)

[...] A circunstância de a nossa corte suprema constitucional, ao julgar a ADIN nº 1931-8-DF, declarar que as normas da referida lei não se aplicam aos contratos anteriores, em homenagem ao princípio constitucional da irretroatividade da lei sobre atos jurídicos perfeitos e acabados, não implica dizer que o aumento sobre tais contratos fica ao talante das seguradoras e não deve obedecer ao princípio da razoabilidade. Não podemos encarar o seguro saúde como um seguro qualquer, porquanto seu objeto visa assegurar um bem imanente ao abem maior da vida. Trata-se de relação de massa, que atinge milhões de brasileiros, com inegável carga de interesse público. [...] concedo em parte o pleito liminar perseguido para determinar que a empresa BRASILSAÚDE se abstenha de aplicar o percentual de aumento de 47,10% sobre as prestações pecuniárias dos contratos anteriores à lei nº 9.656/98, todavia, autorizando-a a impor sobre os mesmos contratos o aumento máximo no percentual de 11,75% , previsto na resolução normativa nº 74/2004, da Agência Nacional de Saúde – ANS, até ulterior deliberação deste juízo [...].

Nesta decisão, o juiz entendeu que a liminar concedida pelo STF, ao suspender a eficácia do artigo que garantia a aplicação de maneira similar dos reajustes a todos os contratos, não teve o condão de permitir aumentos ao bel prazer das operadoras, pois, no choque entre princípios constitucionais, é importante ver o que prevalece. Neste caso, entre assegurar o princípio da irretroatividade da lei sobre os contratos já firmados e o princípio da isonomia, da razoabilidade e da proporcionalidade, estes devem prevalecer.

Neste mesmo sentido, encontra-se outro julgado também do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco (ACP nº 001.2004.8604. Autora: Aduseps. Réu: Sul América. Decisão do Juiz José Henrique Coelho Dias da Silva. Data 05/07/2004 Recife) (Disponível em www.aduseps.org.br/processonº001.2004.8604.htm):

[...] o índice de reajuste das mensalidades aplicado pela parte suplicada, SUL AMÉRICA AETNA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A., em contratos de planos de saúde, firmados em data anterior a 1º de janeiro de 1999, na ordem de 47,5% encontra-se, em muito, acima dos praticados no mercado, se mostrando, em tese, desproporcional, mormente levando-se em consideração os índices aplicados pela Agência Nacional de Saúde, órgão de regulação do setor – não adentro no mérito no que perquire se a ANS, regula os contratos de saúde, firmados anteriormente a 1º de janeiro de 1999 – que desde o ano de 2002 vem expedindo regulamentação para reajuste anual dos contratos. Tais índices de reajustes autorizados pela ANS – Agência Nacional de Saúde, ficaram em 9,39% , 9,27 % e 11,75%, nos anos de 2002, 2003, e 2004, respectivamente. [...] Visto que os segurados, detentores do plano de saúde da empresa Ré, não suportando um aumento de 47,5% (quarenta e sete vírgula cinco por cento), por certo deixarão de honrar o pagamento das mensalidades, os quais se tornarão, por questões óbvias, inadimplentes e, via de conseqüência perdendo o direito de utilizarem o plano de saúde gerido pela Ré. [...] Pelas Razões expostas, defiro a medida liminar requerida, para determinar à empresa Ré, SUL AMÉRICA AETINA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A., que se abstenha de exigir dos seus usuários que possuem contratos firmados antes de janeiro de 1999 o aumento de 47,5% (quarenta e sete vírgula cinco por cento) [...].

Esta decisão incidental corrobora com o entendimento de abusividade dos reajustes anuais, por serem extremamente desproporcionais aos demais índices oficiais de mercado. Além do fato da operadora referida reajustar seus contratos antigos em mais de quatro vezes do valor autorizado pela ANS, percentual este permitido que, ressalte-se, já é bem superior ao índice de inflação ao consumidor (IPCA).

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal também se manifestou defendendo o direito dos consumidores e declarando nula a cláusula contratual que prevê o aumento das prestações em razão da variação dos custos médico-hospitalares, já que o consumidor não tem acesso a tal informação, e, esta situação fere a boa-fé e o equilíbrio contratual:

Código de defesa do consumidor. Competência. Legitimidade ativa do MP Plano de saúde. Nulidade de cláusula contratual desequilíbrio da relação da relação de consumo. 1. Tratando-se de ação que versa sobre a observância das normas tutelares das relações de consumo, remanesce a competência da justiça comum e legitimidade ativa do ministério público, por se considerar direito de ordem pública e interesse social, o que o torna indisponível. 2. Inquina-se de nulidade a cláusula contratual inserida nos planos de saúde que prevê a variação unilateral nas mensalidades, pela transferência dos valores de aumento de custos, pois enseja o enriquecimento ilícito sem causa de empresa prestadora de serviços de saúde, criando uma situação de desequilíbrio na relação de consumo, ferindo a igualdade das partes no contrato.

(TJDF-AC 5104098 – 5ª T. Cív. – Rel. Dês. Ana Maria Duarte Amarante – DJU. 10/04/2001, p.41).

Além disso, é importante mencionar a resolução normativa (RN nº 74, de 07- 05 – 2.004), que estabelece critérios para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, tanto em relação aos “contratos novos” como aos “contratos antigos”. Aqueles sempre dependerão de prévia autorização da ANS para reajustar

os planos contratados, já estes necessitarão de tal autorização caso suas cláusulas não indiquem expressamente o índice a ser utilizado para reajustes das mensalidades, bem como sejam omissos e obscuros quanto ao critério das variações consideradas para o cálculo.

Observa-se, ainda, que o Tribunal Regional da 5ª Região havia, via liminar, limitado o reajuste anual dos contratos antigos no período de 2004/2005, ao mesmo percentual dos contratos novos, já que se a ANS e a Secretaria de Direito Econômico (SDE) reconheceram a Variação dos custos médico-hospitalares como índice-base para o reajuste anual das mensalidades a partir de 2005, nada justifica a aplicação de índice diferente em razão da data de celebração do contrato, já que essa variação dos custos médico-hospitalares é absolutamente igual e o índice só pode ser o mesmo.

Tal decisão foi objeto de recurso no Superior Tribunal de Justiça, que de maneira duvidosa, proferiu julgamento cassando a liminar, e permitindo o aumento da mensalidade pelas operadoras em mais do dobro dos contratos novos.

A Corte Especial do STJ determinou que as operadoras de planos de saúde Bradesco e Sul América podem reajustar, respectivamente, em 25,8% e 26,1%, os contratos firmados antes de janeiro de 1999, bem como aumentar em 11,69% os novos contratos de planos de saúde. Conforme se observa no AgRg na SLS 163/PE, n. 2005/01289770-7. Data do julgamento: 19/12/2005; Data da Publicação/ Fonte DJ 27.03 2006 p. 133 (www.stj.gov.br):

SUSPENSÃO DE LIMINAR E SENTENÇA, AGRAVO INTERNO, REAJUSTE DE CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE FIRMADOS ANTERIORMENTE À LEI 9.656/98, FUNÇÃO INSTITUCIONAL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE- ANS. 1. Considerados o alto interesse público envolvido, os efeitos prospectivos da medida, os riscos e resultados que possam ocasionar- desarmonia e desequilíbrio para o setor da saúde suplementar- deve ser deferido o pedido para suspender a decisão que concedeu o efeito modificativo relativo ao Agravo de Instrumento. 2. Lesão à saúde e à ordem pública administrativa caracterizada, com a interferência na legítima atividade regulatória desempenhada pela ANS, respaldada em discricionariedade técnica. 3. Agravo Interno não provido.

Dos ministros votantes a favor das operadoras, apenas o ministro Nilson Naves (STJ, AgRg na SLS 163/PE n. 2005/0128970-7, voto vista do Min. Nilson Naves) (www.stj.gov.br) votou pela manutenção da liminar que limitava os reajustes a 11,69% para todos os contratos, pois, segundo ele:

Ora, quando duvidoso o contrato, a sua interpretação em juízo provisório há de ser exercida em consonância com os fins sociais do próprio contrato. Nas palavras do excelso Reale, os valores primordiais da sociabilidade, da boa-fé e da probidade, enfim, se o juiz deve primordialmente atender à sociabilidade, a dúvida, se existente, resolve-se a favor do segurado, isso antes que, em juízo de cognição plena, seja definido o real alcance do contrato. Desses parâmetros, que se pode ver

no texto acima, não se afastou a decisão do Tribunal Regional. De mais a mais, a saúde, por ser preceito Constitucional, em sendo direito de todos, é dever do Estado.

Espera-se, entretanto, que ao apreciar o mérito da questão, a decisão final possa ser diferente, pois, conforme já expomos, adotar critérios diferenciados para reajustes de contratos velhos e novos, oneram sensivelmente os consumidores, de modo injusto e agressivo.

Apesar da decisão do STF permitindo tal reajuste, alguns usuários ainda estão protegidos por liminares impetradas em seus Estados, bem como Tribunais, como é o caso do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que ainda continua considerando abusivas as cláusulas contratuais que autorizam aumentos desproporcionais, conforme decisão em 14 de junho de 2006 (<http://www.thmg.gov.br/anexosnt/noticia.jsp.códigoNotícia=6394>):

A 16ª Câmara do Tribunal de Justiça de Minas Gerais determinou que seja anulado o índice de reajuste de 81,61%, aplicado por um plano de saúde, em contrato de adesão celebrado com um consumidor, da cidade de Uberlândia. Os desembargadores estabeleceram o índice de 11,75% e declararam nula a cláusula que permitia tal abuso.

Os usuários de planos de saúde antigos têm de continuar batalhando por seus direitos, para que o judiciário, através de suas decisões, traga justiça social, reconhecendo a sua vulnerabilidade, e, pelo menos lhes garantir o percentual de reajuste que é aplicado aos contratos novos, o que ainda é superior aos índices oficiais de inflação.

2.6. Abusividade dos reajustes anuais nos contratos posteriores à lei nº 9.656/98

Os contratos de plano de saúde firmados posteriormente à Lei de planos de Saúde, devem obediência às suas disposições, bem como à Constituição Federal e ao Código de Defesa do Consumidor. Como bem afirma Gregori (Revista de Direito do Consumidor nº 55, 2005, p. 207):

Denota-se, assim, ser perfeitamente admissível a aplicação cumulativa e complementar da Lei 9.656/98 e do Código de Defesa do Consumidor aos contratos novos. Da lei geral extraem-se os comandos principiológicos aplicáveis à proteção do consumidor, ao passo que a legislação específica caberá reger, de forma minudenciada, os planos privados de assistência à saúde.

Além disso, com a criação da ANS, compete-lhe, entre outras atribuições, “autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de

assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda” (art. 4º, inciso XVI, da Lei 9.961/2000). Logo, para reajustar os planos, as operadoras devem se submeter ao crivo da ANS, que limitará o percentual máximo permitido, bem como devem indicar, com clareza, no boleto de pagamento dos usuários, o percentual autorizado, com o número do ofício autorizador do reajuste da ANS, nome, número, código e registro do plano.

Comentando esses reajustes arbitrados pelas operadoras afirma Torres (2002, p. 24):

Este tipo de procedimento gera percentuais de aumento absolutamente incompatíveis com os índices oficiais de inflação apurados no período. Mais grave ainda é a discrepância entre índice admitido pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (11,75%) para este ano [2004] e os aumentos concebidos pelas operadoras que chegam a ultrapassar os absurdos 80% em determinados casos, que segundo algumas operadoras, tais aumentos visam apenas sanar o desequilíbrio-financeiro dos planos, deixando todo o ônus da responsabilidade das operadoras nas costas dos consumidores brasileiros.

O intuito do legislador ao trazer tais garantias, e conferir a ANS um poder de ação e de controle sobre tais planos, indubitavelmente, é de proteger os consumidores que contratam individualmente com as operadoras, já que seu poder de negociação é bem restrito e altamente desproporcional ao da operadora.

Ocorre que esta Agência Reguladora vem autorizando percentuais de reajustes superiores aos índices oficiais de inflação, corroborando com a abusividade das operadoras de saúde, demonstrando sua atuação tímida no seu papel de fiscalização e normatização.

Embora os reajustes dos contratos novos possam também ser considerados abusivos, por onerarem significativamente o consumidor, eles são acobertados pela autorização da ANS – agência encarregada por lei de avaliar e autorizar os aumentos das operadoras. Além de que tais percentuais são bem inferiores aos que sofrem os contratos antigos, como exposto no tópico anterior.

Infelizmente, a legislação específica sobre planos de saúde não solucionou de maneira satisfatória os problemas de abusos nos reajustes anuais, já que apenas exige que as operadoras discriminem os critérios de reajuste e a revisão das contraprestações pecuniárias. De acordo com o Instituto de Defesa do Consumidor (www.idec.com.br): “*Em outras palavras, as empresas continuarão justificando o aumento das mensalidades com base nos ‘custos médico-hospitalares’ - conceito este vago e por si só abusivo*”.

Em virtude disso, não cessaram as discussões entre fornecedores e consumidores, pois estes consideram abusivos os percentuais autorizados pela ANS, já que extrapolam os

índices oficiais, enquanto aqueles ainda consideram insuficiente o percentual autorizado pela Agência, tanto que não o respeitam para os contratos antigos.

Apesar disso, não se pode negar a importância da Lei de planos de saúde, e dos limites impostos às operadoras de serviços privados de assistência à saúde, mesmo que tal proteção não seja tão ampla como a que os usuários esperavam.

O percentual máximo de reajuste vem sendo calculado pela ANS a partir da média ponderada dos reajustes coletivos livremente negociados e informados a ela, de acordo com critérios bastante vagos para os consumidores. Salienta-se que tal reajuste só pode ocorrer uma vez no ano, justamente no mês de aniversário do contrato.

No dia 19-05-2006, a ANS divulgou, no Diário Oficial, a Resolução Normativa nº 128/06, estabelecendo como índice máximo a ser aplicado nos reajustes anuais dos contratos de planos de saúde seria de 8,89%, de maio de 2006 a abril de 2007. Devendo, portanto, as operadoras de planos de saúde se submeterem a este percentual, sob pena de serem compelidas administrativa ou judicialmente a tal.

Apesar de este índice ser inferior ao dos anos anteriores, não trouxe benefícios significativos aos consumidores, pois ainda foi bem superior ao IPCA, que é o índice oficial que mede a inflação ao consumidor, demonstrando uma atuação tímida por parte da ANS.

Quando começou a atuar regulamentando o percentual máximo de reajuste anual, a ANS permitia reajustes bem próximo ao do IPCA, sendo, inclusive, inferior a este em 2003, mas, a partir de 2004, foram autorizados reajustes de praticamente o dobro do IPCA, conforme dados do IDEC ([www.idec.org.br/arquivos/estudo - reajuste - planos – saúde. pdf](http://www.idec.org.br/arquivos/estudo_reajuste_planos_saude.pdf)) a seguir transcritos:

O IPCA entre maio de 2005 e abril de 2006 foi de 4,63%, mas, mesmo assim, a ANS autorizou reajuste de praticamente o dobro, ou seja, 8,89%. De igual forma procedeu tanto em 2004 como em 2005, autorizando percentuais de 11,75% e 11,69%, enquanto a inflação acumulada ao consumidor se aproximou, respectivamente de 5,26% e 8,07%.

Em caso da atuação da ANS não condizer com as suas funções, e, ao contrário, esta agência estiver, em suas resoluções, desrespeitando princípios constitucionais, trazendo manifesta desvantagem para os usuários de planos de saúde, o Judiciário pode ser chamado a se pronunciar, sem que isso fira a harmonia dos poderes. Assim argumentou o Ministro do STJ, Nilson Naves em seu voto-vista, no AgRg na SLS 163/PE n. 2005/0128970-7 (www.stj.gov.br):

Em meu ponto de vista entendo que restrição alguma há de ter o Judiciário. Em outras palavras, o controle jurisdicional dos atos de agências reguladoras não há de se limitar, digamos, ao exame de formalidade puramente extrínsecas, não sendo lícito vedar-lhe a apreciação de fatos que motivam estes atos, tampouco, se caso for, penso nos pressupostos de conveniência e oportunidade. [...] Diante disso, não vislumbro, **data venia**, o gravame à ordem administrativa, ensejador do deferimento do pedido de suspensão pelo ilustre presidente, Ministro Edson Vidigal, segundo o qual a decisão do Tribunal Federal “pode causar lesão grave a ordem pública administrativa, na medida em que interfere na legítima atividade regulatória desempenhada pela ANS, com respaldo na discricionariedade técnica, gerando, também, instabilidade no mercado de saúde suplementar”.

De igual maneira, reconhecendo temerária a atuação da ANS e contrária aos usuários de planos privados de saúde, podemos observar algumas decisões liminares do Tribunal de Justiça de São Paulo (MP/SP x Bradesco Saúde, 15 de julho de 2005, Juiz de Direito Giovani Conti, disponível em www.idec.org.br/arquivos/estudo-reajuste-planos-saude.pdf):

[...] o órgão encarregado da fiscalização, diga-se ANS, não cumpre com suas finalidades, como tantos outros criados pelo ESTADO que se transformaram em verdadeiros cabides de emprego, com altíssimos salários, quase todos em cargos de comissão, gerando pesado custo ao cidadão contribuinte; 3º) a importância de um Poder constantemente por órgãos privados e públicos. Nessas situações que a sociedade percebe o fundamental papel exercido pelo judiciário, atuando energicamente em defesa do consumidor.

Vários pontos demonstram a atuação tendenciosa da ANS, como a sua falta de transparência e utilização de critério inadequado para calcular o percentual permitido de reajuste anual, senão vejamos (www.idec.org.br/arquivos/estudo-reajuste-planos-saude.pdf):

No mais, anote-se que a atuação da ANS em fina harmonia com as operadoras de saúde, só vem piorando a situação dos particulares, posto que primeiramente, permitiu a cobrança de suposto resíduo no período de 2004/2005, afrontando a decisão de fls. 152/153, que havia fixado o percentual de reajuste em 11,75%. E segundo, porque fixou o percentual de reajuste para planos antigos, superior ao estabelecido para os planos novos, que foi de 11,69%. (MP /SP X Sul América Saúde, 13 de julho de 2005).

O que se verifica, na prática, é uma falta de certeza tanto por parte da ANS, como por parte das operadoras de serviços, pois ambas não trazem comprovadamente aos consumidores justificativas para os reajustes que são aplicados aos seus contratos. Muito pelo contrário, apresentam relatórios falhos e ininteligíveis, visando a dar um caráter de transparência, sem prestar aos usuários e aos órgãos de proteção esclarecimento suficiente sobre tal.

Outro ponto que demonstra a atuação tendenciosa da ANS a favor das operadoras é que ela adota critérios inadequados para calcular os reajustes anuais dos planos de saúde, pois não utiliza como parâmetro os índices de inflação. De acordo com o IDEC (www.idec.org.br/emacao.asp?id=1131-44):

A comparação entre os aumentos dos planos de saúde e o índice do Custo de Vida do Dieese, entre 2000 (ano de criação da ANS) e 2005, é prova disso: os planos de saúde subiram mais de 125% acima do índice geral inflacionário medido no mesmo período. Se compararmos o reajuste de planos aos principais índices que medem a inflação, o IPCA e o IPC-Br, no mesmo período, chega-se à mesma conclusão: o reajuste dos contratos de planos de saúde permitido pela ANS para os contratos novos individuais /familiares superou os dois índices em mais de 10 pontos percentuais, sendo que para os contratos antigos o aumento foi maior ainda.

Na tabela apresentada pelo IDEC, constante no seu relatório sobre os reajustes anuais e a atuação da ANS (www.idec.org.br/emacao.asp?id=1131-44) tem-se que nestes seis anos de atuação desta Agência Reguladora, a assistência médica teve um aumento de 167,46%; as consultas médicas subiram em torno de 43,75%; os exames laboratoriais, 17,08%; o valor das internações hospitalares, 54,82%; os medicamentos e produtos farmacêuticos, 72,05 %.

Bem como, há controvérsias se tais aumentos resultam da variação dos custos médicos e hospitalares, já que as operadoras não apresentam os critérios utilizados para se chegar a tal percentual.

Sem explicação clara, os planos de saúde tiveram um acréscimo de 232,90%. Como uma agência que existe para normatizar o setor de planos privados de assistência à saúde permite tamanho abuso? Não estaria ela legitimando uma conduta desrespeitosa das operadoras?

Destaque-se ainda quão absurda é a autorização da ANS para que se estipulem percentuais diferentes de reajustes nos contratos novos e nos antigos. Sabe-se que os reajustes contratuais devem se basear em índices oficiais da inflação ou em custos específicos do setor. Ora, lógico que estes índices não variam de acordo com a data da pactuação. Como bem destacou o estudo do IDEC sobre os reajustes anuais e a atuação da ANS:

Ao fixar o reajuste máximo para os contratos novos tanto em 2004 como em 2005 a ANS está atestando que os percentuais determinados bem refletem os custos do setor naquele período de um ano. Levando em conta que a data de pactuação do contrato nada tem a ver com tal variação de custos, esses percentuais são – e devem ser – perfeitamente aplicáveis para os contratos antigos, firmados anteriormente à Lei dos Planos de Saúde.

O que torna ainda mais vulnerável os usuários de planos de saúde é que, diferentemente do que se verifica com as outras agências reguladoras, como a Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL e Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, a ANS não limita o preço inicial dos contratos de planos de saúde, que podem ser estipulados livremente, mas apenas os seus reajustes. Conforme notícia Crelier (<http://jbonline.terra.com.br/jb/papel/economia/2005/06/25/joreco20050625006.html>):

Enquanto operadoras do sistema elétrico, de telefonia, entre outros serviços regulados por em suas agências têm que respeitar os índices de inflação reajustes anuais, os planos de saúde impõem a seus clientes aumentos bem superiores a esses patamares.

O Procon de São Paulo, juntamente com o IDEC (www.idec.org.br/arquivos/estudo-reajuste-planos-saude.pdf) sugeriram à ANS que fosse criado um índice regional como critério para o cálculo do percentual máximo de reajuste, que trouxesse especificamente pesquisas e planilhas por região, dos valores realmente pagos pelas prestadoras de serviço por internações, hospitais, medicamentos, consultas, e, conjuntamente fossem entregues pelas operadoras suas contas auditadas.

O critério a ser adotado deveria contar com a participação e debate da sociedade, de especialistas e instituições respeitáveis, e, não se basear por planilha encaminhada pelas próprias operadoras de serviços, que buscam lucros exorbitantes, conforme elucida o IDEC (www.idec.org.br/arquivos/estudo-reajuste-planos-saude.pdf):

Ao contrário do que pleiteiam as operadoras, é fundamental que o critério de reajuste seja rígido, ou seja, não admita eventual variação unilateral por parte da empresa. Para elas, o ideal é que os reajustes sejam autorizados com base em suas planilhas de custos.

Está clara a falta de transparência, de firmeza e de imparcialidade da ANS, que se preocupa com o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde, e, esquece dos consumidores, que, muitas vezes, são obrigados a deixar os planos, perdendo seu acesso à prestação privada de saúde, em virtude de aumentos exorbitantes.

Tanto na atuação frente aos contratos novos, como frente aos velhos, a postura da ANS é duvidosa e está aquém das expectativas dos consumidores. Entretanto, conforme já demonstrado, os planos novos oferecem maior segurança aos usuários, pois além de ter cobertura completa, não poderão sofrer aumentos tão abusivos como os permitidos aos contratos velhos.

3 ABUSIVIDADE DOS REAJUSTES NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA DOS CONTRATADOS

3.1 Reajuste por faixa etária

O fundamento jurídico do reajuste por faixa etária tem como justificativa a proporcionalidade direta entre a ocorrência de sinistros e a idade do segurado. Ou seja, para que a viabilidade financeira das operadoras dos planos de saúde seja mantida, os segurados em idade avançada precisam pagar maiores mensalidades, em razão do maior índice estatístico de utilização dos serviços médicos oferecidos pelas operadoras.

Portanto, se observados os critérios de proporcionalidade entre as planilhas de custo de manutenção dos planos e o percentual de reajuste aplicado aos segurados, em virtude do incremento da idade, ressalvadas as vedações legais, o aumento das mensalidades com base na mudança de faixa etária do usuário é perfeitamente aplicável.

Salienta-se, porém, que a lei permite que seja cobrado reajuste anual e ainda por mudança de faixa etária, mas esse aumento depende do ano em que o contrato foi celebrado, ou seja, em qualquer caso, esse tipo de reajuste só poderá ser cobrado se houver expressa previsão no contrato. Não estando preestabelecido, entende-se que qualquer disposição contratual que prevê um aumento de mensalidade muito alto, de uma só vez, ao usuário idoso, representa nítida imposição de cláusulas abusivas, as quais não devem ser consideradas pelo usuário. Veja-se a seguinte decisão da Turma Recursal do TJ-RS:

EMENTA: PLANO DE SAÚDE. AUMENTO DA CONTRIBUIÇÃO EM RAZÃO DE INGRESSO EM FAIXA ETÁRIA DIFERENCIADA. PREVISÃO CONTRATUAL. AUMENTO DE 100%. ABUSIVIDADE CONFIGURADA. APLICAÇÃO SIMULTÂNEA DA LEI 9.565/98 E DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL. UNIFORMIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DAS TURMAS RECURSAIS. RECURSO DESPROVIDO. Dentre os novos sujeitos de direito que o mundo pós-moderno identifica, a Constituição Federal de 1988 concede uma proteção especial a dois deles, que interessa ao tema dos planos de saúde: o consumidor e o idoso. Disto resultam alguns efeitos no âmbito do direito privado, destacando-se uma comprometida interpretação da lei e das cláusulas contratuais e um maior rigor no controle de cláusulas abusivas. O idoso é um consumidor duplamente vulnerável, necessitando de uma tutela diferenciada e reforçada.

(Recurso Cível Nº 71000939066, Terceira Turma Recursal Cível, Turmas Recursais - JEC, Relator: Eugênio Facchini Neto, Julgado em 27/06/2006).

Os aumentos por mudança de faixa etária, prejudicam especialmente os idosos, por serem mais vulneráveis às doenças e muito mais carentes de proteção assistencial, daí porque a

lei proíbe os reajustes por idade para os conveniados com mais de sessenta anos e, com contrato assinado há mais de dez anos na mesma empresa ou na sua eventual sucessora. No entanto, com a mudança de empresa o conveniado perde esse direito. Acontecendo uma simples alteração de categoria de plano dentro da mesma empresa ou da empresa sucessora, o benefício será válido, desde que o contrato seja novo ou adaptado para as novas regras.

Um aspecto até certo ponto marcante na legislação do setor de saúde suplementar foi a regulamentação da Lei 9.656/98, que traz no seu bojo disposições relativas aos planos privados assistência à saúde. Esta Lei veio estabelecer regras específicas, onde os contratos firmados posterior a data de 1º de janeiro de 1999, permanecem sob a égide da nova lei e submetidos à ação reguladora da ANS. Quanto aos firmados em data anterior, ficam sujeitos à fiscalização das cláusulas pactuadas entre as operadoras e os usuários dos planos de saúde.

Observa-se, que, o Poder Legislativo ao aprovar a lei dos Planos de Saúde, constatou que aqueles pactuados por pessoas físicas careciam de uma ação protetora mais firme e especial, tendo em vista que o poder de negociação de um indivíduo é bem inferior e desproporcional ao de uma operadora, daí porque foi dado a ANS, um poder de influência, de ação e de controle maior a essa espécie de planos.

Porém, conforme algumas consultas realizadas sobre a temática de reajustes em contratos da espécie acima mencionada, vimos que de outro lado os planos contratados antes de janeiro de 1999 (caracterizados como planos antigos), não são alcançados pelas novas regras, portanto podem ser reajustados pelas operadoras em índices acordados nos contratos.

Admite-se, a possibilidade de um plano ser atingido, dentro do mesmo ano, por aumentos provenientes de três espécies de reajustes: por variação de custos, por mudança de faixa etária e por revisão técnica. Diante do absurdo praticado, é indispensável que o usuário recorra a ANS, em nível de consulta, a fim de verificar se na verdade esses aumentos foram autorizados. Em caso contrário, pode o usuário buscar os seus direitos na justiça.

3.1.1 Contratos “antigos” assinados até dezembro de 1998

Os Contratos de planos de saúde considerados “antigos” são aqueles que foram assinados até dezembro de 1998 e que não tiveram as suas regras adaptadas à Lei nº 9.656/98. Estes planos sofreram a suspensão de sua comercialização, o que impediu a entrada de novos beneficiários, ou seja, uma carteira de planos antigos é uma carteira que não se renova. Geralmente estes contratos são os que mais sofrem com as condutas abusivas das operadoras de saúde, pois no período da sua constituição ainda não existia legislação específica sobre a

matéria, bem como muitos foram firmados antes mesmo do surgimento do CDC. Prioritariamente quando se refere aos “contratos antigos”, a possibilidade de reajuste tem se operado de maneira abusiva pelas prestadoras de serviços à saúde.

Salienta-se, que, as prestadoras de serviço de saúde utilizam ainda como justificativa a decisão liminar incidental, em 03/09/2003, proferida na Ação Direta de Inconstitucionalidade, nº 1931-8 / DF, na qual o STF suspendeu a eficácia do art. 35-E, § 2º da Lei 9.656/98, que conforme o disposto, independentemente da data da celebração do contrato, para a aplicação de reajuste nas suas mensalidades, necessitaria de prévia autorização da ANS.

Para que esses planos fossem mantidos, as operadoras tiveram que assinar um compromisso com a ANS, com o fim de estabelecer regras de reajustes aos seus contratos, pois, anteriormente os aumentos nesses contratos eram obscuros e muitas vezes omissos quanto à forma de apuração do índice aplicado.

Para os contratos “antigos” não há nenhuma disposição de normas referente a idades e os percentuais de aumento por mudança de faixa etária. Somente após a assinatura do termo de compromisso (TC), é que, os reajustes desses contratos passaram a seguir a Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH). Os contratos observando essas informações podem cobrar um aumento por mudança de faixa etária.

O entendimento das operadoras, é que o deferimento desta liminar pelo STF, implicaria concessão estatal para reajustes abusivos nas contraprestações pecuniárias dos “contratos antigos” de planos de saúde, sem que pudesse haver qualquer controle público sob o percentual aplicado.

Muitos contratos antigos sofrem discriminações no tocante a exclusão de cobertura de alguns tipos de exames assim como discriminam, também, outras espécies de procedimentos. Em tese, como o objetivo do contrato é prestar assistência à saúde do contratante no momento da necessidade, a operadora em hipótese alguma poderia se omitir a prestar esse atendimento. Porém, grande parte dos contratos antigos prevê algumas limitações, restringindo coberturas a determinados tipos de doenças, contudo, salienta-se que grande parte delas são ilegais, conforme o CDC (art. 51, IV, XV, § 1º, incisos I a III). O Poder Judiciário já decidiu em muitos casos que essas cláusulas são abusivas e, portanto, nulas.

Vejamos, pois, decisão das Turmas Recursais do TJ-RJ. 2006.001.56490, TJ – Rio de Janeiro. 2006.001.56490 - APELACAO CIVEL DES. ELISABETE FILIZZOLA - Julgamento: 13/12/2006 - SEGUNDA CAMARA CIVEL:

AÇÃO DECLARATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. CONTRATO FIRMADO ANTERIORMENTE À LEI 9656/98 E AO ESTATUTO DO IDOSO. RELAÇÃO JURÍDICA CONTINUATIVA DE TEMPO INDETERMINADO. APLICAÇÃO DA LEI NOVA AOS EFEITOS FUTUROS. Versa a controvérsia sobre a legalidade do reajuste das mensalidades pagas pelo autor ao seguro saúde operado pela ré, a partir de dezembro de 2003, em virtude da mudança de faixa etária do autor, que completou 70 anos. O apelado aderiu ao contrato de assistência médica (seguro saúde) administrado pela ré em 15/09/1991, tendo firmado o termo aditivo em 15/12/1993, nele constando cláusula de reajuste das prestações pelo critério de mudança de faixa etária, sem prever, contudo, o índice percentual. Não há que se falar em não aplicabilidade do Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003) e da Lei 9.656/98 a contratos anteriores à sua vigência, uma vez que se trata de relação jurídica de natureza continuativa. O aumento foi efetivado em dezembro de 2003, quando já transcorridos mais de dez anos de relação contratual entre as partes, inexistindo óbice à aplicação da regra prevista no parágrafo único do art. 15 da Lei nº. 9.656/98. Por outro lado, mesmo para aqueles que sustentam a tese da inaplicabilidade do disposto no art. 15, parágrafo único da Lei nº. 9.656/98 e do art. 15, §3º, da Lei nº. 10.741/2003 aos contratos anteriores, não se pode negar a existência implícita da cláusula rebus sic stantibus em todo e qualquer contrato que regule relação de consumo. RECURSO DESPROVIDO.

Muitos doutrinadores e profissionais do direito interpretam tal decisão como uma maneira de se excluir os “contratos antigos” do bojo de incidência da Lei dos planos de saúde, sem, no entanto, afastar a fiscalização da ANS, além de considerarem tais aumentos ilegais e inconstitucionais, tendo em vista, o ordenamento jurídico como um todo. Razão pela qual estão sendo ajuizadas diversas ações buscando a anulação dos reajustes anuais nestes contratos.

É bom lembrar que a maioria dos contratos antigos não prevê aumento por mudança de faixa etária ou, quando prevê, é de maneira genérica, sem fixação das faixas e dos percentuais. Sendo o contrato novo ou antigo o CDC garante que o aumento só poderá ocorrer se estiver previamente explícito no contrato. Dessa forma, quem não adaptou seu contrato às novas regras, poderá se defender desse aumento com base no CDC, visto que, grande parte dos contratos “antigos” não estabelece faixas etárias e os respectivos percentuais de aumento.

Pode-se destacar o posicionamento do Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça, através da portaria nº 3, de 19 de março de 1999 que com o objetivo de orientar o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, bem como esclarecer aos fornecedores e consumidores, quanto aos seus direitos e deveres, com maior transparência, harmonia, equilíbrio e boa-fé nas relações de consumo, resolve:

Divulgar, em aditamento ao elenco do art. 51 da Lei nº 8.078/90, e do art. 22 do Decreto nº 2.181/97, as seguintes cláusulas que, dentre outras, são nulas de pleno direito:

1. Determinem aumentos de prestações nos contratos de planos de saúde, firmados anteriormente à Lei 9.656/98, por mudança de faixas etárias sem previsão expressa e definida;

2. Imponham, em contratos de planos de saúde, firmados anteriormente à Lei 9.656/98, limites ou restrições a procedimentos médicos, (consultas, exames, internações hospitalares, UTI e similares) contrariando prescrição médica.

Ainda sobre o assunto, apresentamos decisão das Turmas Recursais do TJ-RS (Recurso Cível Nº 71000755538, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais - JEC, Relator: Eduardo Kraemer, Julgado em 25/01/2006):

PLANO DE SAÚDE. MAJORAÇÃO DA MENSALIDADE. MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA. NULA DE PLENO DIREITO. OFENSA AO DISPOSTO NO ESTATUTO DO IDOSO E PRINCÍPIOS CONSUMERISTAS. SENTENÇA MANTIDA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS. RECURSO IMPROVIDO.

3.1.2 Contratos “novos” assinados a partir de janeiro/99 até 31 de dezembro/2003.

Para os contratos novos e para os que foram adaptados, o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), instituído pela Lei nº 9656/98, fixou o reajuste em razão da idade do consumidor, sete tipos de faixas etárias que só poderá ocorrer se estiver previsto no contrato. A passagem de uma para a outra dá à operadora o direito de efetuar reajuste da mensalidade além do aumento anual normal.

Assim o art. 1º da Resolução CONSU nº 06 (Publicada no D.O nº 211, de 04.11.98), considerando o disposto no art. 15 da Lei a cima mencionada, resolve:

Art. 1º. Para efeito do disposto no artigo 15 da Lei nº 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniária em razão da idade do usuário e dos seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidos nos contratos de planos de assistência a saúde, observando-se o máximo de sete faixas. Conforme discriminação abaixo:

- I. de 0 a 17 anos
- II. de 18 a 29 anos;
- III. de 30 a 39 anos;
- IV. de 40 a 49 anos;
- V. de 50 a 59 anos;
- VI. de 60 a 69 anos;
- VII. 70 anos em diante.

O CONSU também determinou que a variação do preço entre a primeira (de 0 a 17 anos) e a última (70 anos em diante) pode ser de, no máximo, seis vezes. Além disso, este Conselho também liberou para as empresas a possibilidade de distribuir como quiser os percentuais de aumento inclusive permitindo manter valores iguais em faixas etárias

diferentes. Na prática, isto quer dizer que a empresa pode dar aumentos menores nas primeiras faixas etárias, deixando os percentuais maiores para as mais avançadas.

De acordo com o CDC, essa prática é ilegal (artigos 4º, VI, 6º, IV, 51, XV, I a III), e também inconstitucional, por serem inteiramente discriminatória. Ao detectar fato dessa natureza no contrato, as reclamações do usuário devem ser imediatamente encaminhadas à sua empresa e a ANS, órgão do governo responsável por coibir tais abusos das empresas de saúde.

Caso não sejam tomadas as providências devidas, os órgãos de defesa do consumidor devem ser procurados ou o interessado acionar a justiça.

Vale salientar que, se o consumidor assinou o contrato entre 2 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003, na vigência da Lei 9.656/98 e antes do Estatuto do Idoso, se tiver mais de 10 anos de plano ao completar 60 anos, não poderá mais ser reajustado por faixa etária.

É de fundamental importância que o usuário do plano de saúde nesta faixa, tenha atenção redobrada no tocante aos reajustes, pois o contrato inicial, tanto para quem está adquirindo um novo plano como para quem está adaptando o antigo, deve registrar os percentuais de reajuste para cada mudança de faixa etária, (artigos 6º, III e IV, 46 e 51, X do CDC e Portaria 3/99 da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça). Não havendo esse registro ou se o percentual do aumento constante no contrato for exorbitante, trata-se de uma cláusula abusiva e, portanto, passível de questionamento judicial.

Além do reajuste proveniente de revisão técnica, as operadoras dispõem de dois meios para elevar o preço do plano: o reajuste anual, na data de aniversário do contrato, e a mudança de faixa etária. Pela legislação, os contratos devem constar todos os percentuais de reajuste com a mudança de faixa etária até os 70 anos.

O consumidor deverá saber antecipadamente o valor que irá pagar nas mudanças de suas faixa etária.

Ressalta-se, que os contratos “novos” de planos de saúde celebrados a partir de janeiro/99 até dezembro/2003, na grande maioria, não demonstram com clareza e precisão a forma pela qual o consumidor deverá ser cobrado. Verifica-se, como prática das operadoras, que os reajustes são geralmente vinculados à tabela vigente do período em que foi aplicado o percentual e, freqüentemente com a utilização de índices cujos valores são definidos unilateralmente por elas.

Pode-se afirmar que, mesmo após a vigência da lei regente dos planos de saúde (Lei nº 9.656/98), que determinou a obrigatoriedade de autorização prévia da ANS para aplicação dos reajustes, tal situação não foi revista, representando um dos principais pontos

objeto das inúmeras reclamações registradas no setor da saúde brasileira, exemplifica-se a UNIMED, como empresa que figura no ranking de reclamações fundamentadas no cadastro de 2003, em decorrência da aplicação de reajuste por faixa etária e reajuste anual fora do período constante no contrato.

3.1.3 Contratos assinados a partir de janeiro/2004

Os contratos assinados a partir de 1º de janeiro de 2004, além de serem regidos pela Lei nº 9.656/98, também se submetem aos ditames da Resolução Normativa Federal nº 63/2003/RDC/ANS, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir daquela data. Essa Resolução foi uma das conseqüências do Estatuto do Idoso e representa grande conquista por beneficiar em muitas de suas cláusulas à categoria dos idosos, bem como inibir os abusos praticados pelas operadoras quando da assinatura, renovação e ou alteração dos contratos de planos de saúde.

3.1.3.1 Contratos firmados sob a vigilância do estatuto do idoso

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), reconhecendo a hipossuficiência destes, trouxe algumas conseqüências favoráveis aos mesmos quando da assinatura dos planos de saúde. Dentre elas pode-se destacar a mudança de faixas etárias estabelecidas nos contratos de prestação de serviços firmados com as operadoras de planos de saúde, barrando, assim, reajustes exorbitantes das suas mensalidades referentes aos planos assistenciais à saúde, especialmente àqueles beneficiários que já atingiram ou ultrapassaram o patamar dos sessenta anos de vida.

O referido estatuto veio proteger os consumidores mais idosos nos seus problemas corriqueiros, como o abandono dos familiares, a demora no trâmite de processos, integração social, mau atendimento nas repartições públicas e outros, bem como no que concerne aos planos de saúde, amenizando a abusividade nos reajustes, e proibindo as discriminações dos idosos em razão da idade. Preceitua o art. 15, da Lei, no seu § 3º: *“É vedada a discriminação do Idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”*.

Ressalta-se, que não é a nossa intenção neste trabalho, o esgotamento do assunto sobre “planos de saúde”, porém, cumpre-nos, apenas, a exposição do nosso entendimento no

que tange aos reajustes por mudança de faixa etária, nos planos de saúde, no mês do aniversário do beneficiário quando este muda de idade.

É mister destacar que o Estatuto do Idoso trouxe aos planos de saúde firmados sob a sua vigência nova regulamentação sob a ótica dos reajustes por mudança de faixa etária, assim como os contratos adaptados e os que foram migrados à luz da Resolução nº 64/03 da ANS.

Vale salientar que o referido Estatuto deve ser analisado não apenas como uma questão legal, mas também moral, tendo em vista a sua aplicação protetiva em benefício da vida do idoso, autorizando inclusive àqueles que já possuem plano de saúde, a não sofrerem mais reajustes em função da mudança de faixa etária.

A Resolução nº 63 (de 22/12/2003), em seu art. 2º, elenca uma série de 10 (dez) faixas etárias para os contratos firmados a partir de janeiro de 2004. Assim estão dispostas:

- 1ª faixa- 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- 2ª faixa- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- 3ª faixa- 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- 4ª faixa- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- 5ª faixa- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- 6ª faixa- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- 7ª faixa- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- 8ª faixa- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- 9ª faixa- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- 10ª faixa- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Vale salientar que os aumentos decorrentes das mudanças de faixa etária devem estar estabelecidos nos contratos, obedecidos às normas, as formas e os limites determinados para as faixas etárias e sua variação temporal.

Observa-se, que o Estatuto do Idoso determinou marcadamente uma nova fase na relação contratual, pois que, antes dele, as Operadoras de Planos de Saúde, trabalhavam com o máximo de 7 (sete) faixas etárias, sendo a última aos 70 (setenta) anos.

Com a implantação do referido Estatuto, vislumbra-se o máximo de 10 (dez) faixas, sendo a última aos 59 (cinquenta e nove) anos. Ao aumentar o número de faixas etárias, a resolução objetivou diluir os reajustes, além disso, em seu artigo 3º, impôs duas condições:

- I. "O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária";
- II. "A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária".

A primeira condição já era aplicada aos contratos anteriores à vigência do Estatuto do Idoso, enquanto que a segunda impede a concentração de reajustes nas faixas mais altas.

Assim, entende-se que apesar de todas as condições impostas pela ANS, possivelmente as mensalidades dos planos de saúde contratados a partir do estatuto do idoso poderão ser mais caras, principalmente nas faixas de pessoas mais jovens, com o intuito de ser compensado pela vedação do reajuste para os beneficiários com sessenta ou mais anos.

Considera-se infundado o argumento utilizado pelas operadoras de saúde, no sentido de que ao reduzir os preços cobrados aos planos de saúde dos idosos, poderia causar um impacto nas mensalidades das pessoas mais jovens, pelo fato dos custos médico-hospitalares serem os mesmos.

Entende-se que pode haver meios alternativos que viabilizem o direito do idoso sem que sejam prejudicados os plano das pessoas mais jovens, até porque os usuários que completam sessenta anos com tempo superior a dez anos de plano já compensaram com o montante pago, ficando, pois, estabelecido o equilíbrio contratual em qualquer cálculo realizado pela operadora de plano de saúde.

3.1.3.2 Os idosos e os planos de saúde

Uma ação, um projeto, um plano pode ser avaliado em razão da forma como trata os idosos. De que forma os idosos brasileiros são tratados pelos nossos planos de saúde? Eles, os planos de saúde, vivem figurando, com destaque, no cadastro de reclamações formuladas por pessoas que têm mais de sessenta anos de idade e que sentem os seus direitos prejudicados?

A resposta é sim. Os planos de saúde, no Brasil, são velhos conhecidos dos PROCONS, em razão das reclamações dos idosos e que ali registram queixas por vários aspectos que devem ser lembrados.

Em primeiro, digas-se que os reajustes por mudança de faixa etária, na maioria das vezes, não podem ser suportados pelos assinantes do plano que em virtude das condições financeiras e os idosos são forçados a migrar para outra operadora de plano e o que é mais deprimente é que, nesta faixa de idade, geralmente precisam utilizá-lo com maior frequência.

Caso o beneficiário seja maior de sessenta anos e conte com o período superior a dez anos na mesma operadora de saúde, a atualização do seu plano significará o fim dos aumentos por faixa etária, não descartando a possibilidade de outros reajustes referente à amplitude de cobertura do novo plano legalmente autorizado.

Entendendo o beneficiário que a sua permanência no plano atual oferece maiores vantagens por ter sido assinado antes da entrada do vigor da Lei 10.741/03, terá direito de conhecer as cláusulas constantes do contrato referente a reajustes em razão da mudança de faixa etária, bem como o respectivo percentual pretendido pela empresa, de forma unilateral, sem previsão expressa em contrato e sem anuência do consumidor, deverá ser questionado na justiça, pois, qualquer aumento dessa natureza, tem a cobertura garantida pelo CDC sendo, portanto, ilegal.

Referente ao assunto em comento, faremos destaque ao que decidiu a Terceira Turma Recursal Civil da Comarca de Porto Alegre, nos autos do processo nº 71000776641:

O idoso é um consumidor duplamente vulnerável, necessitando de uma tutela diferenciada e reforçada. Não se afigura desarrazoada a cláusula contratual de plano de saúde que, de forma clara e destacada, preveja o aumento da contribuição do aderente ao plano em razão do ingresso em faixa etária em que os riscos de saúde são abstratamente maiores, em razão da lógica atual do sistema. Todavia, revela-se abusiva e, portanto, nula, em face do Código de Defesa do Consumidor, a cláusula de reajuste em percentual tão elevado que configure uma verdadeira barreira para a permanência do segurado naquele plano. Em tal situação, considerando os enormes prejuízos que teria o segurado se migrasse para outro plano ao atingir idade de risco, justifica-se a redução do percentual de reajuste. Aplicação do princípio da razoabilidade e da proporcionalidade a justificar a redução do aumento de 100% para 30%.

Observa-se que a limitação dos reajustes para idosos encontra respaldo no CDC e o que justifica tal reforço é a condição fragilizada do idoso que geralmente têm dificuldades de negociar o seu ingresso em novo plano sem falar na recusa que algumas operadoras indevidamente fazem por se tratar de pessoas de idade avançada.

Também o Estatuto do Idoso oferece proteção especial às pessoas que, além dos problemas inerentes aos consumidores como um todo, possuem dificuldades decorrentes da idade. Daí porque esse Órgão de proteção inibe qualquer reajuste em razão da mudança de faixa etária praticada a partir dos sessenta anos. Registra-se, que para pessoas desta faixa, existirão tão somente os aumentos anuais calculados conforme a inflação e devidamente autorizados pela ANS, o que a nosso ver, já é bastante significativo.

Inicialmente defendia-se que, por se tratar de normas de ordem pública, incumbia ao Estatuto do idoso a aplicação aos contratos firmados antes da sua vigência, a fim de impedir os aumentos em virtude da mudança de faixa de idade. Confirmando o entendimento inicial, hoje, surgem decisões judiciais que merecem destaque a decisão da 1ª Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis do Estado do Rio Grande do Sul, nos autos do processo de nº 71000734624, em 20 de janeiro de 2005:

Está sendo definido tão-somente que, em função do seu caráter de ordem pública, tem a legislação aplicação imediata. Por isso, influi em relação que, a despeito de nascidas em período anterior a sua vigência, devem sofrer os efeitos da nova lei, principalmente porque a cláusula relacionada ao aumento da mensalidade em função da implementação dos 60 anos passou a gerar efeitos concretos quando o direito brasileiro não mais contemplava a validade dessa espécie de ajuste.

Diante de todos os problemas mencionados, e da insegurança que a própria ANS causa aos usuários de planos de saúde, o Judiciário se encontra abarrotado com inúmeras ações visando à limitação dos reajustes anuais. Este, entre outros problemas ocasionados com a inserção de demais cláusulas abusivas, como as limitativas de dias em UTI, vem se prolongando no tempo, e, foram os motivos ensejadores da criação da Agência Reguladora, fato que demonstra que ela não consegue cumprir os objetivos que lhe foram atribuídos.

Outro ponto que merece ser destacado, diz respeito à cobertura dos planos de saúde no momento em que o idoso é acometido de determinado tipo de doença que dispensa maiores cuidados médicos ou de familiares, seja pela qualidade do tratamento ou pelo espaço de tempo necessário para a recuperação ou morte do paciente. Porém, pela complexidade do tema enfocado no nosso trabalho, torna-se impraticável adentrar nos detalhes deste assunto que merece, por sua importância, uma monografia específica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Detectou-se que atualmente o sistema brasileiro de saúde pública, apesar de algumas conquistas, ainda encontra-se bastante sucateado, o que vem motivando largamente a expansão dos planos assistenciais de saúde privada, ocasionando um verdadeiro dilema aos indivíduos que buscam a efetivação dos serviços de saúde pública e por desrespeito as garantias Constitucionais do direito à vida e saúde lhes são negados ou prestados de forma precária.

Partindo da análise substancial dos contratos de planos de saúde, mais precisamente das cláusulas que permitem os reajustes anuais exorbitantes praticados pelas operadoras dos referidos planos, percebeu-se que os usuários necessitam de proteção especial, para que seja amenizada a sua vulnerabilidade, de forma tal que sejam preservados os seus direitos na busca de maior justiça social e o respeito à dignidade humana, princípio mestre do nosso ordenamento jurídico.

Percebeu-se a existência de vários instrumentos jurídicos que foram disponibilizados para esta proteção, inibindo em alguns momentos a ganância excessiva de lucros por parte das operadoras privadas, como a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, a Lei 9.656/98 dos Planos de Saúde e, mais recentemente, o Estatuto do Idoso. Todavia, é necessário que tais normas saiam do papel para a sua concreta efetivação na prática a fim de que tenham eficácia social, pois a existência fria da lei não soluciona os problemas.

Observou-se que o procedimento das operadoras com relação aos reajustes das mensalidades dos planos de saúde, sejam estes referentes aos contratos novos ou antigos, é evidentemente abusivo, e, portanto, nulo de pleno direito, por fundamentar-se em critérios vagos e imprecisos, agredindo de modo oneroso o consumidor, ferindo os princípios da boa-fé, da função social, da transparência e outros preceitos protetores.

Quanto aos contratos novos, constatou-se que mesmo tendo a ANS autorizado os seus reajustes, não justifica a excessividade dos índices aplicados superando os parâmetros oficiais da inflação. A atuação da ANS é tímida e, na maioria das vezes, tendenciosa, visto que demonstra mais preocupação com o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, desviando o verdadeiro objetivo da sua proteção ao consumidor que, geralmente, fica em segundo plano.

Para os contratos antigos verificou-se que a questão é ainda mais séria, especialmente porque o Supremo Tribunal Federal posicionou-se no sentido de que a Lei 9.656/98, não pode

incidir sobre os contratos firmados anteriormente a sua vigência, e, por conseguinte, a eles não se aplicariam os limites de reajustes estabelecidos pela ANS. Porém, tal decisão liminar não tem o condão de permitir reajustes anuais ao bel prazer das operadoras, nem tão pouco pode admitir, como lícitos os aumentos que chegam a 80% para os consumidores de planos antigos.

Fica evidente que a Lei de planos de saúde deve ser aplicada aos planos antigos, por serem contratos sucessivos. Além do que, mesmo que a estes contratos não se aplique a referida lei, estes devem sujeitar-se ao percentual máximo estabelecido pela ANS, e, seus reajustes têm de respeitar os demais princípios de proteção ao consumidor, sendo nula qualquer cláusula que os desrespeite.

Por esta razão, entende-se que é irrelevante o momento da celebração do contrato, pois quando a ANS fixa o reajuste máximo para os planos novos, ela está atestando que tais percentuais refletem os custos do setor naquele período. Em caso de serem estes extrapolados a nível superior da inflação oficial, não é possível admitir que aumentos ainda maiores sejam legitimados. Logo, a inflação, no mesmo ano, não varia apenas por estar diante de um contrato novo ou antigo, sendo, pois, a estes impostos os mesmos reajustes.

Em consonância com a pesquisa, entendeu-se que o reajuste por faixa etária é um dos mais polêmicos questionamentos que freqüentemente nos deparamos nos dias atuais, tendo em vista a abusividade praticada pelas operadoras de planos de saúde. O próprio Código de Defesa do Consumidor (que entrou em vigor no ano de 1991), já limitava os reajustes por mudança de faixa etária especialmente os idosos, por serem mais vulneráveis aos problemas de saúde e muito mais fragilizados para enfrentar novos planos.

Analisou-se a Lei nº 9.656/98 e viu-se que a sua edição teve uma importância considerável como instrumento jurídico regulador das cláusulas abusivas nas relações contratuais de assistência a saúde, pois, essa referida lei, estabeleceu parâmetros legais para os contratos assinados antes e depois dela. Vale salientar que o seu advento deveu-se a necessidade de uma normatização dos contratos de planos de saúde os quais eram firmados ao bel prazer das operadoras que violentavam quase sempre os direitos dos seus usuários que por carências diversas eram obrigados a aceitar.

O Estatuto do Idoso vai muito mais além, conferindo maior proteção ao idoso, inviabilizando que qualquer reajuste por faixa etária fosse praticado aos consumidores a partir de sessenta anos, inclusive barrando qualquer discriminação em razão da idade. Esse diploma legal representa uma proteção às pessoas que, além das dificuldades que enfrentam como consumidores, têm ainda maiores complicações provenientes da idade.

Observou-se que, apesar da existência dos diversos instrumentos protetivos, os idosos são injustiçados pelas operadoras de planos de saúde que não hesitam em aplicar reajustes em alto índice de preço, visando tão somente a obtenção de maior lucro, violentando, assim, os direitos dos usuários assegurados pela legislação.

Em suma, percebeu-se que essa problemática se dá em virtude da precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS), que na maior parte do País tem estimulado a corrida desenfreada para os planos privados por não prestar com qualidade os serviços de saúde, principalmente nos procedimentos mais caros e complexos.

Finalmente, fica patente a necessidade de a sociedade reivindicar os seus direitos não só como usuária de planos privados de saúde, mas, também, fazer respeitar o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Igualmente, que o judiciário deve assumir definitivamente o seu papel nesta fase conflitante, garantindo a todos os cidadãos uma ordem jurídica justa, especificamente quanto aos reajustes exorbitantes como vêm decidindo alguns Tribunais de diversos Estados do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Batista de. *A proteção jurídica do consumidor*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BELMONTE, Cláudio. *Proteção contratual do consumidor: conservação e redução do negócio jurídico no Brasil e em Portugal*. Biblioteca do Consumidor. v. 21. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/constituicao%20federal.htm>. Acessada em 10/06/2006.

_____. *Lei nº 9.656*, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L9656.htm>>. Acessada em 10/06/2006.

_____. *Lei nº 8.078*, de 1 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do Consumidor e dá outras providências. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8078.htm>>. Acessada em 10/06/2006.

_____. *Lei nº 9.961*, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9961.htm>>. Acessada em 10/06/2006.

_____. *Lei nº 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>. Acessada em 10/06/2006.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução Normativa Federal de nº 63/2003/RDC/ANS*, de 22/12/2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Disponível em <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/portal/portal_lista.asp?campo=696>. Acessado em 10/06/2007.

BULGARELLI, Waldírio. *Contratos mercantis*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CORRÊA, Luiz Araújo Torres Filho. *Planos de saúde e suas cláusulas abusivas*. São Paulo: RCN, 2004.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de direito civil brasileiro: teoria das obrigações contratuais e extracontratuais*. 17. ed. v. 3. São Paulo: Saraiva 2002.

FELIPE, Donald J. *Dicionário jurídico de bolso: terminologia jurídica - termos e expressões latinas de uso forense*. 15 ed. Campinas: Millennium, 2002.

FIUZA, Ricardo (coord.). *Novo código civil comentado*. São Paulo: Saraiva, 2002.

FORTALEZA, Dulcinéia Zampieri e outros. *Saúde: planos privados de assistência suplementar*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

GRINOVER, Ada Pellegrini et al. *Código brasileiro de defesa do consumidor comentado pelos autores do anteprojeto*. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no código de defesa do consumidor: o novo regime das relações contratuais*. *Biblioteca de Direito do Consumidor*. v. 1. 4. ed. São Paulo: RT, 2002.

NOVAIS, Aline Arquette Leite. *A teoria contratual e o código de defesa do consumidor*. *Biblioteca de Direito do Consumidor*. v. 17. São Paulo: RT, 2001.

NUNES, Rizzato. *Curso de direito do consumidor*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Instituições de direito civil – vol. 3 – Contratos*. 15. ed. São Paulo: Forense, 2005.

REVISTA DE DIREITO DO CONSUMIDOR n. 43, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

_____ n. 49, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

_____ n. 51, São Paulo: Revista dos Tribunais 2004.

REVISTA DE DIREITO DO CONSUMIDOR n. 52. São Paulo. Revista dos Tribunais, 2004.

_____ n. 54, São Paulo. Revista dos Tribunais 2005.

_____ n. 55, São Paulo. Revista dos Tribunais, 2005.

RODRIGUES, Sílvio. *Direito civil: dos contratos e das declarações unilaterais de vontade*. 30 ed. v. 3. São Paulo: Saraiva, 2004.

SALAZAR, Andréa et al. *Planos de saúde* (série cidadania). São Paulo: Globo, 2002.

SAMPAIO, Rogério Marrone de Castro. *Direito civil: contratos*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

VENOSA. Sílvio de Salvo. *Direito civil*. Vol. 3, São Paulo: Atlas, 2004.

* Da internet

ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DE SEGUROS, PLANOS E SISTEMAS DE SAÚDE. Disponível em: <www.aduseps.org.br/acoes.htm> . Acesso em: 10/01/2006.

CRELIER, Cristiane. *Reajustes em superdosagem: aumentos de planos de saúde desde 2001 superam em 63% inflação do período*. Disponível em <<http://jbonline.terra.com.br/jb/papel/economia/2005/06/25/joreco20050625006.html>>. Acesso em 15/06/2006.

ELIAS, Fabíola de Souza. *Cláusulas abusivas em contratos de prestações de serviço de saúde*. 2003. Disponível em: <www.procon.goias.gov.br/artigodoutrinario/artigo-dout-106-5.htm>. Acesso em: 05/01/2006.

GRINBERG, Rosana. A questão das cláusulas abusivas nos contratos e planos de saúde. 1999. Disponível em: <www.infojus.com.br/area7/rosana2.htm>. Acesso em: 18/09/2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). Disponível em <www.idec.org.br>. Acesso em 10/06/2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). Disponível em: <www.idec.org.br/arquivos/estudo-reajuste-planos-saude.pdf>. Acesso em: 05/06/2007.

_____. Disponível em: <www.idec.org.br/emacao.asp?id=1131-44k>. Acesso em 20/05/2007.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. *Iniciativa privada e saúde*. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S01030141999000100011&script=sci-artext&ting=pt-34K>. Acesso em 10/05/2007.

PROCON DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Planos privados de assistência à saúde-guia prático de orientação ao consumidor*. 2005. Disponível em: <www.procon.sp.gov.br/cartplanossaude.shtml>. Acesso em: 14/09/2007.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL / PROCESSO. Disponível em <www.tj.df.gov.br>. Acesso em: 15/06/2007.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Disponível em: <www.tjmg.gov.br/anexos/nt/noticia.jsp?codigoNoticia=6394>. Acesso em: 18/06/2007.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO. Disponível em: <www.tjpe.gov.br/processos/ole-busca-processos.asp>. Acesso em 12/06/2007.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA / PROCESSO. Disponível em: <www.stj.gov.br>. Acesso em 12/06/2007.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL / PROCESSO. Disponível em: <www.stf.gov.br>. Acesso em 06/06/2007.