



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA DE ARARAQUARA

FORO DE ARARAQUARA

VARA DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL

RUA DOS LIBANESES Nº 1998, Araraquara - SP - CEP 14801-425

SENTENÇA

Processo nº: 0013667-49.2017.8.26.0037
Classe - Assunto Procedimento do Juizado Especial Cível - Obrigação de Fazer / Não Fazer
Requerente: Ana Vergínia Rios
Requerido: São Francisco Sistemas de Saúde S/E Ltda. e outro

Juiz de Direito: Dr. Rogerio Bellentani Zavarize

Vistos.

Trata-se de ação obrigacional, alegando que é associada da ré e, nesta condição, é beneficiária de plano de saúde coletivo por adesão desde o ano de 2.007, colocando seu pai como dependente. Afirma que paga mensalmente o valor de R\$1.369,03 para usufruir do plano, mas foi surpreendida com a cobrança de valores para acesso a consultas e exames. Diz que ao procurar pela empresa responsável pela disponibilização dos serviços médicos, informou-lhe que a associação promoveu a migração de seu plano de saúde para outro, apresentando-lhe contrato sem sua assinatura. Declara que a mudança lhe gerou um alto custo e pretende o retorno das condições anteriormente contratadas. Requereu a procedência para obter o cumprimento de obrigação de fazer consistente no restabelecimento do plano de saúde inicialmente contratado, sob pena de multa diária.

Dispensado o relatório (art. 38 da Lei nº 9.099/95), passa-se à motivação e à decisão.

O julgamento da lide no estado em que se encontra é possível, porque a matéria é de direito e de fatos já comprovados, sendo desnecessária a produção de outras provas (art. 139, II, e 355, I do Código de Processo Civil).

As preliminares suscitadas não merecem acolhimento.

Existe entendimento pacificado acerca da legitimidade ativa nas demandas que versem sobre os planos coletivos por adesão. Nesse sentido, a Súmula 101 do Tribunal de Justiça de São Paulo: "O beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por seu empregador ou associação de classe".



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA DE ARARAQUARA

FORO DE ARARAQUARA

VARA DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL

RUA DOS LIBANESES Nº 1998, Araraquara - SP - CEP 14801-425

A segunda requerida é legitimada a figurar no polo passivo da ação, porque a autora lhe imputa alteração indevida nas condições de seu plano de saúde, pleiteando a concessão de tutela mandamental a ser por ela cumprida para retorno aos termos inicialmente contratados.

A autora afirma ter sido surpreendida com a cobrança de taxas para acesso a consulta e exames médicos, além do pagamento da mensalidade correspondente ao plano.

Diz que é associada há mais de vinte anos e que houve a alteração do plano de saúde, do qual é beneficiária, sem sua autorização, razão pela qual entende fazer jus à tutela mandamental para restabelecimento do plano de saúde inicialmente contratado no ano de 2.007 (págs. 7/8).

A Fundação ré afirma ser tão somente a administradora de benefícios, atuando na emissão e envio de boletos, representação dos beneficiários quando da negociação do aumento das mensalidades, não cabendo a ela a redução e devolução de valores ou o restabelecimento dos moldes anteriormente contratados, sustentando que tais medidas são de responsabilidade da operadora do plano de saúde.

A outra ré argumenta que no plano de saúde do qual a autora é beneficiária, na modalidade coletivo por adesão sem vínculo empregatício, sempre incidiu a cobrança por força da coparticipação e que no ano de 2.015 apenas houve a alteração dos valores cobrados.

Consta dos autos o contrato formalizado entre a associação "Servos do Cristo Redentor" com a operadora do plano de saúde (págs. 405/423), bem como o aditamento contratual posterior à fusão entre tal associação e a Fundação Bento XVI em 26.02.2010 (págs. 426/427); o termo aditivo em que consta como contratante a Fundação, assinado em 09.03.2010 (págs. 124/144); uma página do contrato de convênio entre a Fundação e a autora (pág. 11), demais aditivos correspondentes à alteração de valores e data de pagamento (págs. 145/152; 424/425 e 447/450).

No primeiro contrato formalizado entre a associação e a Santa Casa de Saúde, juntamente com a Beneficência Portuguesa de Araraquara, não consta a modalidade do pagamento pelo beneficiário do plano, associado da primeira ré. Apenas prevê a forma de pagamento pela contratante à contratada (págs. 420/421).

Posteriormente à fusão e à anuência da autora com a contribuição para a primeira ré (pág. 10), o contrato estabelecido entre a administradora de benefício e a operadora do plano em 09.03.2010 prevê expressamente a exigência do pagamento de coparticipação financeira nos importes estabelecidos (cláusula 14.15: pág. 139).



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA DE ARARAQUARA

FORO DE ARARAQUARA

VARA DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL

RUA DOS LIBANESES Nº 1998, Araraquara - SP - CEP 14801-425

No ano de 2015 houve o aditamento ao contrato para alteração da cláusula contratual que prevê as condições de remuneração e de pagamento (item 14.15), para ampliar a abrangência da cobrança da coparticipação para além das consultas médicas e hospitalares, incidindo também sobre exames e procedimentos ambulatoriais no importe de 20% do valor previsto em tabela própria (págs. 145/146).

Nesse sentido, conclui-se que a exigência do pagamento de coparticipação aos beneficiários do plano de saúde não é novidade, tendo em vista que a hipótese estava prevista em menor periodicidade quando da celebração do contrato (R\$10,00, a partir da 4ª consulta, inclusive em Pronto Socorro: pág. 6), e que ao longo dos anos, passou por adequação e reajuste dos valores cobrados.

Assim, não assiste razão à autora ao pretender a alteração de seu plano para o anterior, porquanto não houve mudança alguma, mas apenas adequações através de aditivos contratuais e que não se mostraram abusivas.

A Fundação ré, na condição de associação profissional e administradora dos benefícios de seus associados, é a contratante e a legitimada para alterar as condições contratuais em busca de melhores condições, considerada a coletividade abrangida pela sua representação.

A mudança equivale à adequação da quantia paga em contraprestação à utilização do plano de saúde e não caracteriza alteração ilícita, nem pende qualquer vedação à atuação.

Ademais, a cobrança da coparticipação em exames passou a valer desde março de 2015 e a autora, quase três anos depois, afirma que foi surpreendida com a cobrança. Restou comprovado que ela se utiliza do plano frequentemente, desde o ano de 2013, ao menos, não sendo fator novo a cobrança a título de coparticipação (págs. 396/400).

A primeira ré representa seus associados perante a segunda requerida e qualquer alteração contratual implica nas condições de todos os beneficiários, não apenas no da autora, não sendo necessária a concordância individual do associado com os reajustes monetários ou adequações financeiras para sua efetivação.

Não há comprovação nos autos de que tenha havido a alteração contratual apontada pela requerente, isto é, que seu plano passou recentemente a exigir o pagamento da coparticipação.

Outrossim, a autora não comprovou que a alteração



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA DE ARARAQUARA

FORO DE ARARAQUARA

VARA DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL

RUA DOS LIBANESES Nº 1998, Araraquara - SP - CEP 14801-425

importou em prejuízo por acarretar-lhe onerosidade excessiva, tendo em vista que não trouxe aos autos outros boletos como paradigma para comparação.

A requerente apenas anexou ao termo de ajuizamento um boleto correspondente à mensalidade do plano, deixando de comprovar que anteriormente não lhe era cobrado o pagamento da coparticipação.

Cabe ressaltar que a autora tem cinquenta e oito anos (pág. 58) e seu pai conta com oitenta e oito anos (pág. 482), incluindo-se, ambos, em faixa etária na qual os custos do plano de saúde revelam-se elevados e deve estar ciente de que o plano de saúde sem a incidência de coparticipação lhe acarretaria em valor superior ao qual paga atualmente.

Por fim, conveniente registrar que o regime de coparticipação nos pagamentos dos tratamentos está previsto no art. 16 da lei dos planos de saúde (Lei nº 9.656/98), que trata dos dispositivos que devem constar nos contratos (VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica).

Para os fins do art. 489, §1º, IV do Código de Processo Civil, não há outros argumentos deduzidos no processo capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada e que não tenham sido considerados e valorados.

Diante do exposto, julgo IMPROCEDENTE a pretensão. Não há sucumbência nesta fase (art. 55 da Lei nº 9.099/95).

O recurso cabível é o inominado (art. 41 da Lei nº 9.099/95). O preparo compreende as custas dispensadas em primeiro grau (art. 54, parágrafo único, da Lei nº 9.099/95 e art. 4º, I e II da Lei Estadual nº 11.608/03, com as alterações da Lei nº 15.855/15); é a soma de 1% do valor da causa ou cinco Ufesps (o que for maior), mais 4% da causa ou cinco Ufesps (o que for maior).

Com trânsito em julgado e sem pendências, providencie-se o arquivamento dos autos digitais.

Publique-se. Intimem-se.

Araraquara, 01 de agosto de 2018.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006