

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.830.065 - SP (2019/0229147-1)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA E OUTRO(S) - SP173477  
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377  
ALESSANDRA MARIANO CHERUTTI DE CASTRO - SP418022  
RECORRIDO : TRI-STAR SERVICOS AEROPORTUARIOS LTDA  
ADVOGADOS : HELENA BIMONTI E OUTRO(S) - SP316476  
NICKOLAS BRUM DE LIMA - SP424044

## EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE RESCISÃO CONTRATUAL C/C DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 282/STF. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RELAÇÃO JURÍDICA ENTRE ESTIPULANTE E OPERADORA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. GRANDE EVASÃO DE BENEFICIÁRIOS ATIVOS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DO CONTRATO. CLÁUSULA DE "COBRANÇA MÍNIMA". FATOR DE ONEROSIDADE EXCESSIVA. RESILIÇÃO CONTRATUAL. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. JULGAMENTO: CPC/2015.

1. Ação de rescisão contratual c/c declaratória de inexigibilidade ajuizada em 28/05/2018, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 26/04/2019 e atribuído ao gabinete em 22/08/2019.
2. O propósito recursal é dizer sobre a incidência do CDC à lide instaurada entre a operadora do plano de saúde coletivo empresarial e a pessoa jurídica estipulante, bem como sobre a validade da cláusula contratual que exige o pagamento de "cobrança mínima" na hipótese de evasão de usuários.
3. A demanda entre empregador e a operadora do plano de saúde coletivo não se rege pelo CDC, ressalvada a hipótese em que o contrato conta com menos de 30 (trinta) beneficiários, situação que revela a condição de vulnerabilidade do estipulante. Precedentes.
4. A finalidade da previsão de "cobrança mínima" é, em verdade, evitar o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato e, ao fim, a própria inviabilidade de prestação do serviço de assistência à saúde nos moldes em que contratado.
5. A perda de quase 60% dos beneficiários ativos, após a implementação do reajuste acordado entre os contratantes, é circunstância extraordinária e imprevisível, que gera efeitos não pretendidos ou esperados por ocasião da celebração do negócio jurídico, frustrando, pois, a legítima expectativa das partes.
6. A redução de receita decorrente da grande evasão de usuários causa

# *Superior Tribunal de Justiça*

importante impacto na situação econômico-financeira do contrato; no entanto, quando a exigência da “cobrança mínima” implica, como na espécie, a obrigação de pagamento correspondente a 160 beneficiários sem qualquer contraprestação da operadora, há violação do espírito de justiça contratual que modela o exercício da autonomia privada.

7. Hipótese em que a cláusula de “cobrança mínima”, que, em tese, serviria para corrigir o desequilíbrio contratual e permitir a manutenção da avença, se transformou, ela própria, no fator de onerosidade excessiva para a estipulante e vantagem exagerada para a operadora, que se beneficia com o recebimento de valores correspondentes a mais de 60% dos beneficiários ativos, sem ter a obrigação de prestar o serviço correspondente.

8. Em virtude do exame do mérito, por meio do qual foram rejeitadas as teses sustentadas pelos recorrentes, fica prejudicada a análise da divergência jurisprudencial.

9. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, desprovido, com majoração de honorários.

## ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, conhecer em parte do recurso especial e, nesta parte, negar-lhe provimento com majoração de honorários, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Dr. VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS, pela parte RECORRENTE: NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A

Dra. HELENA BIMONTI, pela parte RECORRIDA: TRI-STAR SERVICOS AEROPORTUARIOS LTDA

Brasília (DF), 17 de novembro de 2020(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
Relatora

RECURSO ESPECIAL Nº 1.830.065 - SP (2019/0229147-1)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA E OUTRO(S) - SP173477  
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377  
ALESSANDRA MARIANO CHERUTTI DE CASTRO - SP418022  
RECORRIDO : TRI-STAR SERVICOS AEROPORTUARIOS LTDA  
ADVOGADOS : HELENA BIMONTI E OUTRO(S) - SP316476  
NICKOLAS BRUM DE LIMA - SP424044

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI (RELATOR):

Cuida-se de recurso especial interposto por NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A, fundado nas alíneas “a” e “c” do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Ação: de ação de rescisão contratual c/c declaratória de inexigibilidade ajuizada por TRI-STAR SERVICOS AEROPORTUARIOS LTDA em face de NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A, alegando abusividade no reajuste praticado pela operadora do plano de saúde coletivo, bem como na exigência de valores a título de “cobrança mínima”.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos para declarar a abusividade da cláusula contratual, bem como para declarar rescindido o contrato pactuado, sem incidência da multa.

Reconhecida a sucumbência recíproca, cada parte foi condenada arcar com 50% das custas e despesas processuais, fixados os honorários em 10% sobre o valor atribuído à causa.

Acórdão: o TJ/SP, à unanimidade, negou provimento à apelação interposta por NOTRE DAME, majorando os honorários advocatícios devidos à TRI-STAR ao patamar de 15% sobre o valor atualizado da causa. Eis a ementa do

acórdão:

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE DE DÉBITO C.C. RESCISÃO CONTRATUAL – Na relação securitária de contrato coletivo, a empresa estipulante qualifica-se como mera mandatária dos segurados, razão pela qual se aplica o Código de Defesa do Consumidor – Cláusula contratual de faturamento mínimo – Abusividade, diante da cobrança de serviços não prestados, porquanto incidentes sobre vidas inexistentes – Tratando-se de contrato aleatório, o risco assumido pela operadora de saúde e, por conseguinte, o valor da contraprestação pecuniária, está diretamente relacionado à quantidade de vidas efetivamente asseguradas – Boa-fé objetiva é diretriz a ser observada – Cobrança de multa contratual em virtude da rescisão do contrato – Tentativa de se atribuir à contratante os riscos do negócio explorado pela ré – Rescisão do contrato – Requerida não comprovou que os beneficiários do plano de saúde utilizaram o serviço de assistência médica no período compreendido entre o deferimento da liminar e o sentenciamento do feito – Má-fé não verificada – Decisão mantida – Recurso improvido.

Recurso especial: aponta violação do art. 2º do CDC e do art. 104 do CC/2002.

Alega a inaplicabilidade da súmula 608/STJ e do CDC à hipótese e que a lide deve ser decidida com base nos ditames do CC/2002 e da Lei 9.656/1998.

Afirma, para tato, que “é inconcebível considerar a relação jurídica entre as partes como uma relação de hipossuficiência, pois a empresa Recorrida, além de ser pessoa jurídica regularmente constituída, se trata de empresa de grande porte, que detém departamento jurídico próprio, atua em ramo de grande especialização, possui capacidade técnica para avaliar as consequências das avenças que firma e amplo poder de negociação para com esta Recorrente, não se tratando do consumidor final do serviço e muito menos se podendo afirmar hipossuficiente para os atos da vida civil empresarial”; e que “a relação entre as partes não é consumerista, mas sim comercial, pois há clara igualdade entre as contratantes para negociações, o que se verifica também pelo fato de que estas promoveram diversas tratativas quanto aos reajustes por sinistralidade para

# Superior Tribunal de Justiça

chegarem ao número que fora estabelecido, este que, posteriormente impugnado, inclusive foi julgado como válido e não abusivo pela sentença proferida” (fl. 825, e-STJ).

Sustenta que, “por ser a ANS responsável pela fiscalização do contrato sub judice e jamais ter feito qualquer questionamento quanto à cláusula de faturamento mínimo, não há que se falar em qualquer ilegalidade” (fl. 830, e-STJ).

Pleiteia, ao final, o provimento do recurso especial a fim de que seja afastada a incidência do CDC e declarada a validade do contrato celebrado entre as partes.

Juízo prévio de admissibilidade: o TJ/SP admitiu o recurso.

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.830.065 - SP (2019/0229147-1)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA E OUTRO(S) - SP173477  
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377  
ALESSANDRA MARIANO CHERUTTI DE CASTRO - SP418022  
RECORRIDO : TRI-STAR SERVICOS AEROPORTUARIOS LTDA  
ADVOGADOS : HELENA BIMONTI E OUTRO(S) - SP316476  
NICKOLAS BRUM DE LIMA - SP424044

## EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE RESCISÃO CONTRATUAL C/C DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 282/STF. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RELAÇÃO JURÍDICA ENTRE ESTIPULANTE E OPERADORA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. GRANDE EVASÃO DE BENEFICIÁRIOS ATIVOS. DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DO CONTRATO. CLÁUSULA DE “COBRANÇA MÍNIMA”. FATOR DE ONEROSIDADE EXCESSIVA. RESILIÇÃO CONTRATUAL. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ANÁLISE PREJUDICADA. JULGAMENTO: CPC/2015.

1. Ação de rescisão contratual c/c declaratória de inexigibilidade ajuizada em 28/05/2018, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 26/04/2019 e atribuído ao gabinete em 22/08/2019.

2. O propósito recursal é dizer sobre a incidência do CDC à lide instaurada entre a operadora do plano de saúde coletivo empresarial e a pessoa jurídica estipulante, bem como sobre a validade da cláusula contratual que exige o pagamento de “cobrança mínima” na hipótese de evasão de usuários.
3. A demanda entre empregador e a operadora do plano de saúde coletivo não se rege pelo CDC, ressalvada a hipótese em que o contrato conta com menos de 30 (trinta) beneficiários, situação que revela a condição de vulnerabilidade do estipulante. Precedentes.
4. A finalidade da previsão de “cobrança mínima” é, em verdade, evitar o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato e, ao fim, a própria inviabilidade de prestação do serviço de assistência à saúde nos moldes em que contratado.
5. A perda de quase 60% dos beneficiários ativos, após a implementação do reajuste acordado entre os contratantes, é circunstância extraordinária e imprevisível, que gera efeitos não pretendidos ou esperados por ocasião da celebração do negócio jurídico, frustrando, pois, a legítima expectativa das partes.
6. A redução de receita decorrente da grande evasão de usuários causa importante impacto na situação econômico-financeira do contrato; no entanto, quando a exigência da “cobrança mínima” implica, como na espécie, a obrigação de pagamento correspondente a 160 beneficiários sem qualquer contraprestação da operadora, há violação do espírito de justiça contratual que modela o exercício da autonomia privada.
7. Hipótese em que a cláusula de “cobrança mínima”, que, em tese, serviria para corrigir o desequilíbrio contratual e permitir a manutenção da avença, se transformou, ela própria, no fator de onerosidade excessiva para a estipulante e vantagem exagerada para a operadora, que se beneficia com o recebimento de valores correspondentes a mais de 60% dos beneficiários ativos, sem ter a obrigação de prestar o serviço correspondente.
8. Em virtude do exame do mérito, por meio do qual foram rejeitadas as teses sustentadas pelos recorrentes, fica prejudicada a análise da divergência jurisprudencial.
9. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, desprovido, com majoração de honorários.

# Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.830.065 - SP (2019/0229147-1)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA E OUTRO(S) - SP173477  
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377  
ALESSANDRA MARIANO CHERUTTI DE CASTRO - SP418022  
RECORRIDO : TRI-STAR SERVICOS AEROPORTUARIOS LTDA  
ADVOGADOS : HELENA BIMONTI E OUTRO(S) - SP316476  
NICKOLAS BRUM DE LIMA - SP424044

## VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI (RELATOR):

O propósito recursal é dizer sobre a incidência do CDC à lide instaurada entre a operadora do plano de saúde coletivo empresarial e a pessoa jurídica estipulante, bem como sobre a validade da cláusula contratual que exige o pagamento de “cobrança mínima” na hipótese de evasão de usuários.

### DA AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO

O TJ/SP não decidiu, sequer implicitamente, acerca do art. 104 do CC/2002, indicado como violado, tampouco se manifestou sobre os argumentos deduzidos nas razões recursais acerca dos referidos dispositivos legais.

Por isso, o julgamento do recurso especial, quanto a essa questão, é inadmissível por incidência da Súm. 282/STF.

### DA INCIDÊNCIA DO CDC SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL E A PESSOA JURÍDICA ESTIPULANTE

No julgamento do REsp 1.510.697/SP, DJe 15/06/2015, a Terceira Turma decidiu que o contrato de plano de saúde coletivo se caracteriza como uma

estipulação em favor de terceiro, em que a pessoa jurídica figura como intermediária da relação estabelecida substancialmente entre o indivíduo integrante da classe/empresa e a operadora (art. 436, parágrafo único, do Código Civil).

Isso porque a estipulação do contrato de plano de saúde coletivo ocorre, naturalmente, em favor dos indivíduos que compõem a classe/empresa, verdadeiros beneficiários finais do serviço de assistência à saúde.

Sob a ótica dessa relação triangulada – operadora de plano de saúde, empregador-estipulante e empregado-beneficiário –, formada a partir da celebração do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, ressalvados os de autogestão, não há dúvida de que, perante o empregado, usuário do serviço de assistência à saúde, a operadora assume a posição de fornecedor, caracterizando-se o vínculo que os une como uma verdadeira relação de consumo, consoante dispõe a súmula 608/STJ.

No entanto, quando se trata da pessoa jurídica estipulante e da operadora, a Terceira Turma, em hipótese assemelhada a dos autos, decidiu que “a relação da contratante com a seguradora recorrida é comercial” (REsp 1.102.848/SP, julgado em 03/08/2010, DJe 25/10/2010), a partir dos seguintes fundamentos, extraídos do voto condutor do acórdão:

Então, o que se tem, logo de início, é um empregador que oferece um pacote de benefícios aos seus empregados e, como não lhe é conveniente bancar o custo de montar um plano ou um seguro de saúde, vai ao mercado e contrata de alguém que presta esse tipo de serviço.

A relação entre essas duas empresas não pode ser, compulsoriamente, considerada como de consumo e se aplicar a ela, automaticamente, o Código de Defesa do Consumidor, somente porque o objeto do contrato firmado entre elas é a prestação de serviços de seguro de saúde. Por hipossuficiência, não se pode aplicar o Código de Defesa do Consumidor. São duas empresas. A



recorrente, AGENTE BR, pode, quando quiser, procurar outra operadora de plano ou de seguro saúde.

Assim, embora a recorrente AGENTE BR tenha contratado um seguro de saúde de reembolso de despesas médico-hospitalares para beneficiar seus empregados, dentro do pacote de retribuição e de benefícios que ela oferta, a relação dela com a recorrida AIG UNIBANCO é comercial.

O contrato é complexo porque os empregados, se quiserem, podem aderir ao plano/seguro e pagar uma parte e o empregador pagar outra, ou até subsidiar parcial ou totalmente o custo.

Como é um plano/seguro de saúde oferecido pela empresa na qual trabalham, as reclamações dos empregados se dão, na linha de frente, com o próprio empregador, embora a prestadora tenha responsabilidades para com cada um dos empregados que aderiu ao seguro coletivo.

Observe-se que o empregador pode, a qualquer momento, rescindir o contrato com a prestadora do plano de saúde e comunicar seus empregados que, a partir de determinado momento, o plano/seguro de saúde será de outra operadora e isso não causará nenhuma quebra de contrato com os empregados, pois é um benefício que o patrão está oferecendo. O que pode causar problemas para o empregador é deixar seus empregados sem o benefício ou contratar algum plano/seguro que não ofereça os benefícios prometidos.

É sabido, no entanto, que a jurisprudência desta Corte tem mitigado os rigores da teoria finalista, para estender a incidência das regras do CDC à pessoa jurídica que, embora não detenha a condição de destinatária final, apresente-se em situação de vulnerabilidade.

Nessa toada, a Segunda Seção, ao julgar o EREsp 1.692.594/SP (julgado em 12/02/2020, DJe 19/02/2020), decidiu que, “em decorrência da aplicação do CDC, os contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários não podem ser rescindidos unilateralmente pela operadora do plano de saúde sem motivação idônea”. Por ocasião do julgamento, o e. Relator, Ministro Marco Aurélio Bellizze, consignou, acerca da incidência do CDC à espécie:

Desse modo, constata-se a vulnerabilidade dos planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) beneficiários, cujos

estipulantes possuem pouco poder de negociação diante da operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.

(...)

Assim sendo, diante das considerações acima delineadas, nota-se que o entendimento sedimentado pelo STJ é no sentido de que, em decorrência da aplicação do CDC, os contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários não podem ser rescindidos unilateralmente pela operadora do plano de saúde sem motivação idônea.

A partir dessas premissas, infere-se que a súmula 608/STJ diz respeito à relação jurídica estabelecida entre os beneficiários e a operadora do plano de saúde, não sendo aplicável, como regra, à relação jurídica estabelecida entre esta e a pessoa jurídica estipulante.

Desse modo, a demanda entre o empregador e a operadora do plano de saúde coletivo não se rege pelo CDC, ressalvada a hipótese em que o contrato conta com menos de 30 (trinta) beneficiários, situação que revela a condição de vulnerabilidade do estipulante.

No particular, todavia, essa condição não sobressai, considerando a afirmação feita pela recorrida na petição inicial de que "havia 603 [beneficiários] pagando pelo plano" (fl. 2, e-STJ).

Ademais, não se denota, a partir dessa circunstância, que tenha a estipulante pouco poder de negociação diante da operadora, a caracterizar a vulnerabilidade que a qualificaria como consumidora, especialmente quando consideradas as alegações deduzidas neste outro trecho da exordial:

Sem mais delongas, em JAN/2018, a ré - de maneira surpreendente, enviou um comunicado de que, para o ano corrente, o plano exigiria um reajuste de absurdos 118,34%, por conta da "alta sinistralidade" (docs. 5/6).

A autora, com base em seu histórico de sinistros, efetuou contraproposta no importe de 27,30%, tendo em vista a

experiência prévia que já tivera com outros planos. Como se nota na resposta, a ré, querendo parecer que fazia um "favor" à autora, reduziu o reajuste para 49%, ainda assim abusivo (doc. 7). (fl. 2, e-STJ – grifou-se)

Afastada a incidência do CDC na espécie, cabe analisar a validade da cláusula que exige o pagamento de "cobrança mínima" à luz do CC/2002 e da Lei 9.656/1998.

#### DA VALIDADE DA CLÁUSULA QUE EXIGE O PAGAMENTO DE "COBRANÇA MÍNIMA"

Sobre a cláusula que prevê a "cobrança mínima", consta da sentença, mantida na íntegra pelo TJ/SP, o seguinte:

A parte autora se insurge contra a denominada "cobrança mínima", prevista no aditamento ao contrato, cláusula 4.4, às fls. 194. Em tal cláusula afirma-se que o número mínimo de beneficiários, para observância dos valores contratados, deverá ser o de 409 e que em caso de redução do número, o faturamento terá por base o número mínimo de usuários. (fl. 728, e-STJ – grifou-se)

No particular, segundo narrou a recorrida em sua petição inicial, "se antes havia 603 pagando pelo plano, com a cobrança mínima de 70%, seriam cobradas 409 vidas - sendo 249 usuários reais, que aceitaram o aumento absurdo (em nítido estado de necessidade), e o restante cobrado em boleto a parte, por vidas fantasmas (sem a contraprestação de qualquer serviço)" (fls. 2-3, e-STJ).

Verifica-se que a finalidade da previsão de "cobrança mínima" é, em verdade, evitar o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato e, ao fim, a própria inviabilidade de prestação do serviço de assistência à saúde nos moldes em que contratado.

# *Superior Tribunal de Justiça*

Com efeito, os contratos de plano de saúde estão ancorados no regime financeiro de repartição simples ou mutualismo, em que a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e assistencial é definida a partir de cálculos atuariais que garantam que as receitas geradas pelas contribuições diretas de todos os beneficiários sejam suficientes para o pagamento das despesas geradas por alguns deles com a utilização do serviço. Há, portanto, uma diluição dos custos e dos riscos entre os integrantes da carteira da operadora de plano de saúde, de acordo com seus grupos, de tal modo que, na prática, os mais jovens subsidiam parte dos custos da operadora com os mais idosos (solidariedade intergeracional), e os que gozam de melhor condição de saúde subsidiam parte dos custos da operadora com os menos saudáveis.

Daí se infere que a relação entre as receitas (prêmio) e as despesas médicas (sinistro) é informação relevante, a ser considerada pela operadora do plano de saúde nos cálculos atuariais para a preservação do equilíbrio do contrato e a manutenção adequada do serviço.

Esta Corte já decidiu que é “possível o reajuste de contratos de saúde coletivos sempre que a mensalidade do seguro ficar onerosa ou se tornar inviável para os padrões da empresa contratante, seja por variação de custos ou por aumento de sinistralidade” (AgInt no AREsp 1.296.459/SP, Quarta Turma, julgado em 23/10/2018, DJe de 29/10/2018; AgRg nos EDcl no AREsp 235.553/SP, Terceira Turma, julgado em 02/06/2015, DJe de 10/06/2015; REsp 1.102.848/SP, Terceira Turma, julgado em 03/08/2010, DJe de 25/10/2010).

Nesse contexto, não há dúvida de que a redução de receita decorrente da grande evasão de usuários – como, na espécie, de 354 pessoas – causa importante impacto na situação econômico-financeira do contrato, sendo este o motivo de alegar o recorrente que “é necessário que haja um número

mínimo de beneficiários ativos, ou seja, é necessário que a receita tida com o pagamento das mensalidades de cada um dos beneficiários seja ao menos igual ao valor que a operadora do plano dispende mensalmente para manter toda a infraestrutura física, médicos, aparelhos de diagnóstico laboratórios e para prestar os seus serviços” (fl. 825, e-STJ).

No entanto, quando a exigência da “cobrança mínima” implica, como na espécie, a obrigação de pagamento correspondente a 160 beneficiários sem qualquer contraprestação da operadora, há violação do espírito de justiça contratual que modela o exercício da autonomia privada.

Oportuna, por sinal, a lição de Cristiano Chaves e Nelson Rosenvald:

O princípio da justiça contratual é revelado na composição harmoniosa quanto aos conteúdos jurídico e econômico do contrato, com base na equânime proporção entre forças antagônicas e na interação dos elementos contratuais de dimensões diferentes. No pluralismo típico da pós-modernidade, mais do que promover a justiça contratual, as normas infraconstitucionais buscam proibir a injustiça da situação revelada pelo contrato. Quer dizer, a justiça não é imposta, mas a injustiça é evitada. (Curso de Direito Civil. Vol 4. 3ª ed. Salvador: JusPodivm, 2013. p.229 – sem grifos no original)

A justiça contratual, portanto, não impõe o estabelecimento de um equilíbrio perfeito entre as prestações, mas a manutenção da proporcionalidade inicialmente assumida pelas partes. Nessa toada, afirmam os citados juristas:

O equilíbrio – expressão que corresponde à imagem da balança – significa a contemplação dos interesses legítimos de cada parte, com o qual se liga a exigência de respeito mútuo, para que ninguém realize os seus interesses às custas do outro. Cada contratante terá moderação em seus pleitos, deixando ao outro aquilo que lhe corresponde. Aqui reside a equivalência nos contratos

sinalagmáticos e o princípio da proporcionalidade no sentido da proibição do excesso. No dito popular, “o negócio para ser bom, deve ser bom pra todo mundo” (Obra citada. p. 233 – grifou-se)

Em homenagem a essa proporcionalidade, os arts. 478 a 480 do CC/02 preveem que a alteração extraordinária e imprevisível das circunstâncias inicialmente presentes, que implique onerosidade excessiva para uma das partes, é apta a mitigar a rigidez contratual extraída do brocardo *pacta sunt servanda*, possibilitando a resolução ou mesmo a revisão do contrato.

Sob essa perspectiva, a perda de 354 beneficiários – quase 60% dos ativos – após a implementação do reajuste acordado entre os contratantes é circunstância extraordinária e imprevisível, que gera efeitos não pretendidos ou esperados por ocasião da celebração do negócio jurídico, frustrando, pois, a legítima expectativa das partes.

Então, a cláusula de “cobrança mínima”, que, em tese, serviria para corrigir o desequilíbrio contratual e permitir a manutenção da avença, se transformou, ela própria, no fator de onerosidade excessiva para a estipulante e vantagem exagerada para a operadora, que se beneficia com o recebimento de valores correspondentes a mais de 60% dos beneficiários ativos, sem ter a obrigação de prestar o serviço correspondente.

Em verdade, o cumprimento da cláusula de “cobrança mínima”, no particular, tornou a evasão mais interessante e lucrativa para a operadora que o ingresso de novos beneficiários, o que não condiz com a função social do contrato de plano de saúde coletivo.

Se o cenário delineado nos autos, de um lado, provocou desequilíbrio econômico-financeiro em desfavor da operadora, cabia-lhe, para tentar a composição harmoniosa entre os conteúdos jurídico e econômico do contrato,

# *Superior Tribunal de Justiça*

sugerir a respectiva revisão ou, na sua impossibilidade, requerer a sua rescisão; se, de outro lado, tornou a obrigação excessivamente onerosa para a estipulante, em virtude da implementação da "cobrança mínima", era-lhe facultado exercer o direito à rescisão, como, de fato, o fez.

Diante disso, afiguram-se acertados os fundamentos exarados pelo Juízo de primeiro grau na sentença:

Assim, possível afirmar que com a redução do número de beneficiários, a manutenção do contrato, nos termos em que pactuado, tornou a obrigação excessivamente onerosa, tanto para o requerente, quanto para o requerido. Nesse sentido, não se mostra lícito ao tomador do serviço arcar com valores por pessoas que sequer são beneficiários do plano. Da mesma forma, ao prestador do serviço, que havia se preparado para prestar um serviço e calculado sua remuneração para um número "x" de pessoas, não se mostra lícito receber um valor inferior ao que necessitaria para suprir com suas despesas.

(...)

Assim, abusiva a cláusula contratual 4.4 (fls. 194). Por consequência, não aplicável o disposto no item 23.2 (fls. 197), uma vez que a rescisão contratual ocorreu sem culpa de qualquer das partes. Isso porque legítimo o reajuste anual aplicado, assim como legítima a redução do número de beneficiários, uma vez que não puderam arcar com os valores exigidos. Perceba-se também, que além de ser abusiva a cláusula de "cobrança mínima", a parte autora não manteve interesse na permanência do plano. De tal forma, não há que se imputar a rescisão a nenhuma das partes.

Como consequência, declaro extinto o contrato firmado entre as partes, não havendo cobrança da multa prevista no item 23.2 (fls. 197) imputável a qualquer das partes, ante o exposto no art. 478 do CC/02. (fls. 728-729, e-STJ – grifou-se)

Por todo o exposto, não merece reparo o acórdão recorrido que manteve, na íntegra, a sentença.

DA DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL

Em virtude do exame do mérito, por meio do qual foram rejeitadas as teses sustentadas pelos recorrentes, fica prejudicada a análise da divergência jurisprudencial.

DA CONCLUSÃO

Forte nessas razões, CONHEÇO EM PARTE do recurso especial e, nessa extensão, NEGO-LHE PROVIMENTO.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, considerando o trabalho adicional imposto ao advogado do recorrido em virtude da interposição deste recurso, majoro os honorários fixados anteriormente em seu favor de 15% (quinze por cento – fl. 811, e-STJ) para 17,5% (dezessete e meio por cento) sobre o valor atualizado da causa.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO  
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2019/0229147-1      **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.830.065 / SP**

Número Origem: 10046386720188260248

EM MESA

JULGADO: 17/11/2020

**Relatora**

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **PAULO DE TARSO SANSEVERINO**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ONOFRE DE FARIA MARTINS**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

**AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA E OUTRO(S) - SP173477  
                  VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377  
                  ALESSANDRA MARIANO CHERUTTI DE CASTRO - SP418022  
RECORRIDO : TRI-STAR SERVICOS AEROPORTUARIOS LTDA  
ADVOGADOS : HELENA BIMONTI E OUTRO(S) - SP316476  
                  NICKOLAS BRUM DE LIMA - SP424044

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

**SUSTENTAÇÃO ORAL**

Dr. **VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS**, pela parte RECORRENTE: NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A

Dra. **HELENA BIMONTI**, pela parte RECORRIDA: TRI-STAR SERVICOS AEROPORTUARIOS LTDA

**CERTIDÃO**

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, conheceu em parte do recurso especial e, nesta parte, negou-lhe provimento com majoração de honorários, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora.

Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino (Presidente), Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.