

JCM

**JUNQUEIRA DE
CARVALHO e MURGEL**

advogados associados

BELO HORIZONTE - MG
BRASÍLIA - DF
JARAGUÁ DO SUL - SC
RIO DE JANEIRO - RJ
SÃO PAULO - SP
VITÓRIA - ES

Newsletter

Dezembro/2016

ÍNDICE

PREVIDÊNCIA PRIVADA

- A Súmula 340 do STJ, que diz ser aplicável a lei vigente na data do óbito do segurado para fins de concessão do benefício de pensão previdenciária por morte, é aplicável para os planos de previdência privada.
- É de 3 (três) anos o prazo prescricional para a entidade de previdência privada complementar (aberta ou fechada) reaver os valores pagos indevidamente a terceiros.

SEGUROS

- O atraso do segurado em comunicar o sinistro nem sempre configurará a perda da cobertura securitária.
- A correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez incide desde a data do sinistro.

PLANOS DE SAÚDE

- Quando um hospital ou laboratório credenciado pela operadora de plano de saúde não prestar determinados serviços para os usuários do plano, a operadora deverá informar ao consumidor a restrição existente, sob pena de estarem todas incluídas.
- O prazo prescricional para discutir a nulidade de cláusula de reajuste prevista em contrato de plano ou seguro de assistência à saúde, com a consequente restituição dos valores pagos a maior, é de 3 anos.

PREVIDÊNCIA PRIVADA

1.

DIREITO CIVIL. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 340 DO STJ EM PLANO DE PREVIDÊNCIA PRIVADA.

De acordo com o Superior Tribunal de Justiça, a norma de regulamento de plano de previdência privada aplicável à concessão de complementação de pensão por morte é aquela vigente na data do óbito do participante, ainda que seja editada norma superveniente mais vantajosa ao beneficiário. A Súmula 340 do STJ, apesar de ter sido editada com base em precedentes envolvendo a previdência social, é aplicável também à previdência privada (aberta ou fechada). (STJ. 3ª Turma. Recurso Especial nº 1.404.908-MG, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 2/8/2016 (Informativo 590 STJ)).

A norma de regulamento de plano de previdência privada aplicável à concessão de complementação de pensão por morte é aquela vigente na data do óbito do participante, ainda que seja editada norma superveniente mais vantajosa ao beneficiário.

De acordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, na Previdência Pública já é pacífico o entendimento de que “a lei aplicável à concessão de pensão previdenciária por morte é aquela vigente na data do óbito do segurado” (Súmula n. 340/STJ).

Em que pese a concessão dos benefícios oferecidos pelas entidades abertas ou fechadas de previdência complementar não estar vinculada à concessão do benefício ofertado pela Previdência Social, dada a autonomia entre dois sistemas (público e privado), o Superior Tribunal de Justiça se manifestou no sentido de que em relação ao benefício de pensão por morte oferecido pelas entidades de previdência, aberta ou fechada, deve ser aplicado o disposto na Súmula 340 do STJ.

Desta forma, não apenas os benefícios da Previdência Social, mas também os da previdência privada, devem regular-se pela lei ou pelo estatuto vigentes ao tempo em que foram atendidas as condições de elegibilidade ao benefício. Assim sendo, na visão do Superior Tribunal de Justiça, **as normas editadas após a concessão do benefício previdenciário (oficial ou complementar) não podem retroagir, ainda que mais favoráveis ao beneficiário.**

2.

DIREITO CIVIL. PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO DE REAVER VERBAS PAGAS A TÍTULO DE BENEFÍCIO DE PREVIDÊNCIA PRIVADA COMPLEMENTAR INDEVIDAMENTE APROPRIADAS POR TERCEIRO.

É de 3 (três) anos o prazo prescricional da pretensão de entidade de previdência privada complementar (aberta ou fechada) de reaver verbas relativas a benefício indevidamente apropriadas por terceiro. (Recurso Especial nº 1.334.442-RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Rel. para acórdão Min. Raul Araújo, julgado em 7/6/2016, DJe 22/8/2016 (Informativo 588 STJ)).

Havia uma discussão se o prazo de prescrição seria de 5 (cinco) ou de 3 (três) anos. O prazo quinquenal disposto no art. 75 da Lei Complementar nº 109/2001 refere-se à relação jurídica existente entre a entidade de previdência e o participante, assistido ou beneficiário. Assim sendo, de acordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, no caso de a entidade de previdência privada complementar tentar reaver as verbas relativas a benefício indevidamente apropriadas por terceiro (e não pelo próprio participante ou assistido) seria a hipótese de ressarcimento de enriquecimento sem causa, devendo assim ser aplicada a regra prevista no art. 206, § 3º, IV, do Código Civil (prescrição trienal), e não a da LC n. 109/2001.

A título exemplificativo, no caso de falecimento do assistido sem que a entidade de previdência seja informada deste fato, e por conseguinte continue a depositar mensalmente o valor do benefício de aposentadoria na conta corrente do assistido, caso tais quantias sejam sacadas indevidamente por um familiar do falecido, segundo o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, a entidade teria o prazo de 3 (três) anos para reaver os valores pagos indevidamente.

SEGUROS

1.

DIREITO CIVIL. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA E ATRASO NA COMUNICAÇÃO DO SINISTRO.

O art. 771 do Código Civil determina que o segurado deverá comunicar imediatamente à seguradora quando ocorrer algum sinistro envolvendo o bem segurado, já que isso possibilita que esta tome as providências necessárias no sentido de tentar atenuar os prejuízos decorrentes do evento danoso, bem como a sua propagação. Esse dispositivo legal prevê que, se não houver esta comunicação imediata, o segurado perderá o direito à indenização. No entanto, de acordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, não é em qualquer hipótese que a ausência da pronta notificação do sinistro acarretará a perda da indenização securitária. (STJ. 3ª Turma. Recurso Especial nº 1.404.908-MG, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 2/8/2016 (Informativo 590 STJ)).

De acordo com o Código Civil, é ônus do segurado comunicar prontamente à seguradora a ocorrência do sinistro, já que possibilita a esse tomar medidas que possam amenizar os prejuízos da realização do sinistro, bem como a sua propagação. No entanto, **de acordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, não é em qualquer hipótese que a ausência da pronta notificação do sinistro acarretará a perda da indenização securitária; isto é, a penalidade prevista no Código Civil não incide de forma automática.** Com efeito, para tanto, **deve ser imputada ao segurado uma omissão dolosa, que beire a má-fé ou a culpa grave**, que prejudique, de forma desproporcional, a atuação da seguradora.

Nesta linha de raciocínio, **(i) se não houver medidas a serem tomadas de imediato pela seguradora que possam minorar os efeitos do sinistro, ou (ii) se existirem fatos relevantes que impeçam o segurado de comunicar prontamente o sinistro, não há como penalizar o segurado com a sanção drástica de perda do direito à indenização**, especialmente considerando a presença da boa-fé objetiva, princípio-chave que permeia todas as relações contratuais, incluídas as de natureza securitária.

2.

SÚMULA Nº 580 DO STJ. SEGURO DPVAT. CORREÇÃO MONETÁRIA DAS INDENIZAÇÕES

Aprovada a Súmula 580 do Superior Tribunal de Justiça que prevê “a correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6.194/1974, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, **incide desde a data do evento danoso**”. (Segunda Seção, realizada em 14/9/2016, DJe 19/9/2016).

Frise-se que este tema já estava pacificado no Superior Tribunal de Justiça por meio do Recurso Especial nº 1.483.620-SC, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 27/5/2015 (recurso repetitivo).

DIREITO A SAÚDE

PLANOS DE SAÚDE

1.

DIREITO CIVIL. PRAZO DE PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO CONDENATÓRIA DECORRENTE DE NULIDADE DE CLÁUSULA DE REAJUSTE DE PLANO OU SEGURO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. RECURSO REPETITIVO.

O prazo prescricional para discutir a nulidade de cláusula de reajuste prevista em contrato de plano ou seguro de assistência à saúde, com a consequente restituição dos valores pagos a maior, é de **3 anos** (art. 206, § 3º, IV, do CC/2002). (STJ. 2ª Seção. Recurso Especial nº 1.361.182-RS, Rel. Min. Marco Buzzi, Rel. para acórdão Min. Marco Aurélio Bellizze, julgado em 10/8/2016 (Informativo 590 STJ)).

De acordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, no caso de ações judiciais envolvendo a nulidade de cláusula de reajuste prevista em contrato de plano ou seguro de assistência à saúde (seja em decorrência da mudança de faixa etária ou do índice de sinistralidade), com a consequente restituição dos valores pagos indevidamente, está fundada no enriquecimento sem causa e, por isso, o prazo prescricional é de 3 anos, nos termos do art. 206, § 3º, IV, do Código Civil.

2.

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. ABRANGÊNCIA E COBERTURA CONTRATUAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE RELATIVAMENTE A TRATAMENTO DISPONIBILIZADO POR HOSPITAL CREDENCIADO EM PARCERIA COM INSTITUIÇÃO NÃO CREDENCIADA.

No caso em que, nas informações divulgadas por plano de saúde aos seus usuários, determinado hospital particular figure como instituição credenciada sem ressalvas, se o usuário optar pela realização de tratamento contratado e disponibilizado pelo aludido hospital, a operadora do plano será obrigada a custeá-lo, ainda que o serviço seja prestado em parceria com instituição não credenciada, cuja unidade de atendimento funcione nas dependências do hospital, sendo irrelevante o fato de haver, na mesma localidade, outras instituições credenciadas para o mesmo tipo de tratamento de saúde. (STJ. 3ª Turma. Recurso Especial nº 1.613.644-SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, julgado em 20/9/2016 (Informativo 590 STJ)).

A operadora de plano de saúde, ao divulgar e disponibilizar ao usuário a lista de prestadores conveniados, deve também providenciar a descrição dos serviços que cada um está apto a executar. Assim sendo, quando a prestação do serviço não for integral, deve ser indicada expressamente a restrição e quais especialidades oferecidas pela entidade não estão cobertas, sob pena de se considerar todas incluídas no credenciamento, sobretudo em se tratando de hospitais.

De acordo com o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, o credenciamento, sem restrições, de hospital por parte da operadora de plano de saúde abrange, para fins de cobertura de plano de assistência à saúde, todas as especialidades médicas oferecidas pela instituição, ainda que prestadas sob o sistema de parceria com instituição não credenciada, cuja unidade de atendimento funcione nas dependências do hospital, sendo irrelevante o fato de haver, na mesma localidade, outras instituições credenciadas para o mesmo tipo de tratamento de saúde.

Assim, por exemplo, quando um hospital ou laboratório credenciado não prestar determinados serviços para os usuários de um plano de saúde, a respectiva operadora deverá informar, prévia e expressamente, as restrições existentes e as especialidades não cobertas pelo plano, sob pena de ser considerado que todos os serviços oferecidos pelo hospital ou laboratório estão incluídos, sem restrição, no credenciamento.

3.

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. DESCLASSIFICAÇÃO DE OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO COMO FORNECEDORA.

Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor às relações existentes entre operadoras de planos de saúde constituídas sob a modalidade de autogestão (incluindo as entidades fechadas de previdência complementar) e seus filiados, na hipótese em que firmado contrato de cobertura médico-hospitalar. (Recurso Especial nº 1.121.067-PR, Terceira Turma, DJe 3/2/2012). REsp 1.285.483-PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016 (Informativo 588 STJ)).

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça vinha até então se manifestando no sentido de que as normas do Código de Defesa do Consumidor se aplicavam às relações existentes entre filiados e operadoras de planos de saúde, ainda que estas se constituam na forma de autogestão, sem fins lucrativos, uma vez que a relação de consumo se caracterizaria pelo objeto contratado, ou seja, a cobertura médico-hospitalar (REsp 519.310-SP, Terceira Turma, DJ 24/5/2004). **Acontece que, após recente julgamento realizado pela Segunda Seção (REsp 1.536.786-MG, DJe 20/10/2015), em que foi analisada questão de certo modo assemelhada, consistente na incidência das mesmas regras do Código de Defesa do Consumidor às relações envolvendo entidades de previdência privada fechadas, os aspectos lá considerados para o afastamento da legislação consumerista mostraram-se de aplicação pertinente ao caso de entidades que administrem plano de saúde de autogestão, tendo em vista a coincidência de características entre as entidades, reclamando a necessidade de renovação da discussão da matéria, sempre no intuito do aperfeiçoamento da jurisprudência.**

À luz da Lei n. 9.656/1998, é possível afirmar que, apesar de serem reguladas pela mesma norma das operadoras comerciais, há, em relação a pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão, diferenças de tratamento, e uma das mais significativas diz respeito à inexigibilidade para as últimas entidades de oferecimento de plano-referência, indispensável para a constituição das pessoas jurídicas que não operam nesta modalidade. A exclusão das operadoras de autogestão da obrigatoriedade do oferecimento do plano-referência justifica-se na própria razão de ser do modelo. É que, pensado para garantir o mínimo ao usuário,

continua...

o plano-referência também representa forma de incremento na competição entre as operadoras, uma vez que, por serem praticamente idênticos os serviços disponibilizados, diferente apenas o preço, a escolha do consumidor é facilitada, sendo realizada por meio de simples comparação. Na linha desse raciocínio, como as entidades de autogestão não podem oferecer seus planos no mercado de consumo sob pena de total descaracterização da modalidade, não faz sentido, para essas pessoas jurídicas, a exigência desse mínimo. A doutrina que comenta o CDC vê, nessa particularidade, razão bastante para que o diploma consumerista não seja aplicado às relações constituídas com as operadoras de autogestão. Assim, há diferenças sensíveis e marcantes entre as diversas modalidades de operadoras de planos de saúde.

Área de Seguros, Resseguros, Previdência Complementar (aberta e fechada) e Direito à Saúde

Advogados responsáveis:

Fábio Junqueira de Carvalho

*Tel: +55 (11) 3286-0532
fabio@jcmb.com.br*

Carlos Alberto Barros

*Tel: +55 (11) 3286-0532
carlos@jcm.adv.br*

Marcelo Galiciano Nunes

*Tel: +55 (11) 3286-0532
marcelonunes@jcm.adv.br*

Este memorando, elaborado exclusivamente para os clientes da JCM advogados associados, tem por finalidade informar as principais mudanças e notícias de interesse no campo do Direito. Surgindo dúvidas, os advogados estarão à inteira disposição para esclarecimentos adicionais.