



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO

Vistos etc.

O Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais do Trabalho – Delegacia Sindical de Santa Catarina ajuizou a presente ação civil pública em relação à GEAP Autogestão em Saúde.

Alega que seus substituídos mantêm vínculo contratual com a demandada para a prestação de serviço de assistência à saúde. Diz, no entanto, que por conta de alterações promovidas pela Resolução/GEAP/CONDEL 99/2015 foi anunciado que as respectivas contribuições seriam reajustadas de maneira muito representativa, 37,55%. Sustenta que esse percentual é abusivo e que em alguns casos – de acordo com critérios de faixa etária e renda – o aumento ultrapassa até mesmo 1.332% ( mil trezentos e trinta e dois por cento).

Asseverou que essas alterações comprometerão boa parte da renda dos segurados, principalmente aqueles com salários mais baixos e mais velhos. Além disso, já havia sido aplicado reajuste anterior. Desse modo, entende que essa prática fere os princípios da razoabilidade, proporcionalidade e boa-fé objetiva. Informou que os servidores votaram contra esta medida, sendo vencidos pelo voto do "governo". Solicitou ainda, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Requeru a antecipação dos efeitos da tutela, para reconhecer a ilegalidade e nulidade da Resolução/GEAP/CONDEL nº616/2012, e que ao final, na sentença, tal pleito seja confirmado.

Neguei a liminar

A GEAP primeiramente impugnou o valor da causa. No mérito, explicou que encontra-se no modelo de autogestão patrocinada de saúde complementar, não obtendo lucro. Além disso, os beneficiários e patrocinadores fazem parte do conselho deliberativo,



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO

participando de todas as decisões do plano. Alertou que sua única fonte de receita é a mensalidade paga pelos segurados. Desse modo, não havendo alteração de mercado com relação aos serviços o custo será redistribuído de forma equitativa. Disse ainda, que o motivo do reajuste é em razão de dificuldades financeiras pelas quais passa a instituição, sendo necessário para o equilíbrio das contas, e que os critérios adotados para tal foram os fatores de disparidade.

Alerta que os representantes dos servidores no conselho participaram da votação. Por outro lado, aponta que o Sindicato deturpou a informação quanto à incidência do reajuste na renda dos segurados. Então, na verdade, o custo do plano é distribuído entre o servidor e a entidade contratante. O valor, desse modo, é muito inferior do que àquele indicado na inicial. Não corresponde à verdade a afirmação de que há abusividade na medida. Por fim, diz que não há possibilidade do reembolso em dobro.

Houve réplica.

O Ministério Público opinou pela improcedência.

É o relatório.

Decido.

**1.** Existe uma impugnação ao valor da causa, mas que acaba sendo irrelevante.

É que a causa é isenta de custos. O valor da ação não terá, por extensão, nenhuma influência – muito menos quanto aos desdobramentos procedimentais vindouros.

Considero-a, portanto, prejudicada.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO

**2. Quanto ao mérito, adoto o parecer da Promotor de Justiça Sônia Maria Demeda Groisman Piardi como razões de decidir (fls. 610-616):**

2. No mérito, o dissenso entre as partes resume-se à insurgência contra a Resolução/GEAP/CONDEL n. 099/2015, que trata do índice contributivo de reajuste de 37,55% para os titulares, dependentes, agregados e pensionistas dos planos GEAPReferência, GEAPEssencial, GEAPSaúde, GEAPSaúde II e GEAPFamília.

Explica o autor que o ajuste efetivamente aplicado pode chegar até 1.332,09%, dependendo das faixas etárias e remuneração nas quais os beneficiários se enquadram, e que, antes da referida Resolução, em 13 de janeiro de 2016, por meio da Portaria n. 8, já houve um incremento da parte governamental de custeio no importe de 22,61% per capita, sendo portanto, abusivo o reajuste.

Contudo, tais alegações não merecem prosperar.

A GEAP Autogestão em Saúde é sucessora da GEAP Fundação de Seguridade Social, a qual competia administrar os planos de saúde e previdenciários. Em 2013, houve cisão, cabendo à GEAP Autogestão em Saúde a gerência dos planos de saúde. A Fundação está classificada junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como operadora de saúde na modalidade de autogestão multipatrocinada, ou seja, seu modelo de assistência é de acordo com a política traçada pelos próprios beneficiários e patrocinadores:

As autogestões são pessoas jurídicas privadas que operam planos de saúde direcionados a um grupo específico de beneficiários (como, por exemplo, associados integrantes de uma determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos). Essas pessoas jurídicas não comercializam planos de saúde no mercado. As autogestões devem, obrigatoriamente, ter em seus conselhos deliberativos representantes dos beneficiários e de seu mantenedor/patrocinador. A Geap é uma autogestão<sup>1</sup>.

Aliás, é o que preceitua o art. 1º do Estatuto da GEAP Autogestão em Saúde (fl. 211):

Art. 1º A GEAP Autogestão em Saúde, nova denominação da GEAP Fundação de Seguridade Social, registrada sob CNPJ nº 03.658.432/0001-82, é uma Fundação com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada juridicamente como operadora de plano de saúde, na modalidade de autogestão multipatrocinada, com autonomia patrimonial, administrativa e financeira.

Como se vê, a entidade, por ser autogestora de seus planos de saúde, não visa o lucro. Sua função é evitar o gasto com a intermediação de operadoras que



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO

atuam no comércio comum para baratear o custo de seus produtos repassando-os aos beneficiários. Sua gestão está ao encargo do Conselho de Administração CONAD, órgão máximo da estrutura organizacional e responsável pela definição da política geral de administração da entidade e de seus planos (art. 16 do Estatuto fl. 214). Esse Conselho é integrado por 06 (seis) membros, de forma paritária, entre representantes dos Patrocinadores e representantes eleitos pelos Beneficiários Titulares (§1º do art. 16), sendo suas decisões colegiadas e com a participação efetiva dos segurados.

Inclusive, o CONAD é responsável pela "criação de novos planos e programas e alterações dos já existentes, inclusive os planos de custeio, submetendo-os à autoridade pública competente na forma da lei" (inc. XII do art. 17 do Estatuto), tendo sido este Conselho responsável pela deliberararção do novo reajuste advindo da Resolução n. 099/2015, conforme se vê nas fls. 228/232.

Ou seja, os próprios beneficiários deliberam, por meio do CONAD, aprovando reajustes como o ora impugnado, o qual foi referendado pelos interessados e não imposto pela GEAP de forma unilateral.

De mais a mais, o reajuste dos planos de saúde foi adotado em razão do déficit orçamentário que a fundação enfrenta desde o ano de 2012, o qual foi suficientemente demonstrado nos autos, bem como as tentativas de recuperação financeira implantadas desde a intervenção da ANS e da PREVIC. Atualmente, a Fundação continua sob regime de direção fiscal (fls. 284/285).

Segundo as informações prestadas pela requerida nos autos, fica claro que "a não distribuição de custo no percentual de 37,55% aos valores das mensalidades torna patente a possibilidade de encerramento definitivo das atividade da GEAP, o que colocará no mercado dos planos privados de saúde mais de 600.000 vidas (fl. 161).

Sabe-se que os servidores contratantes, representados pelo Sindicato-autor, pretendem se resguardar de aumento considerável nas mensalidades dos planos de saúde. Contudo, trata-se de medida de interesse mútuo, necessária ao equilíbrio atuarial da Fundação a fim de impedir a sua insolvência e permitir que continue a oferecer seguros de saúde aos seus beneficiários em valores inferiores aos praticados pelas operadoras que atuam no mercado aberto. Portanto, estamos em face de uma distribuição do custeio do plano de saúde entre seus usuários, como medida econômico-financeira que visa regular as disparidades do setor econômico, que atinge os preços de mercado quanto à disponibilização de produtos e serviços médico-hospitalares.

Aliás, como já mencionado, não se está diante de uma empresa de planos de saúde que opera no mercado aberto, sobre a qual incidem limites de reajuste na tentativa de impedir o ganho desproporcional e abusivo. Aqui o tratamento há que ser diferenciado, pois a finalidade não é o lucro.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO

A própria ANS deixou claro que, segundo a legislação de saúde suplementar, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, na modalidade autogestão, podem adotar critérios próprios para estipular os valores e os fatores de acréscimos das contraprestações, devendo observar a aprovação da instância decisória da entidade, conforme estatuto da operadora. Dito isso, a agência reguladora desonera a GEAP da necessidade de submeter-se aos reajustes por ela estipulados (fl. 301).

Portanto, não se constata abusividade na medida aplicada, a qual faz parte do Programa de Saneamento da GEAP (fls. 253/283), objetivando reverter as inconsistências econômico-financeiras, suficientemente demonstradas em análise atuarial (fls. 233/251) que, inclusive, apontou ter sido adotada a solução menos gravosa aos beneficiários para a continuidade da Operadora.

De fato, demonstrou-se que a distribuição de custeio aplicada, ao contrário do alegado pela parte autora, não extrapola aos 37,55% previsto na Resolução n. 099/2015. Compulsando-se as tabelas apresentadas pela requerida, constata-se que, em quaisquer dos tipos de planos e faixas etárias, a diferença entre o preço integral praticado em 2015 e o preço proposto para 2016 resulta em exatos 37,55%. Já a conta feita pelo autor adotou critério diferente, pois desconsiderou a variação da contribuição patronal, situação que influenciou nos resultados apontados na exordial.

Foi considerando todo esse panorama, que, em ação idêntica movida por outro Sindicato, o Desembargador Substituto Rodolfo Tridapalli, ao examinar a matéria, em sede de análise do pedido de efeito suspensivo contido no Agravo de Instrumento n. 2016.009738-7, ponderou:

Perlustrando os autos, verifica-se evidente que a crise financeira que atingiu a Agravante justifica, por ora, a manutenção do reajuste dos valores das contribuições, isto porque existem nos autos demonstrativos suficientes das receitas e despesas havidas pela Agravante (Anexo I, sem numeração) em que é possível constatar a necessidade de concessão do efeito suspensivo almejado, sob pena de coloca a prova a sobrevivência da Agravante em detrimento de mais de 600 mil beneficiários que ficarão desassistidos, em sua maioria idosos. Ademais, ao meu sentir, em casos como o presente os regulamentos e normas que buscam proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas, isto porque a relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro.

Nesse mesmo sentido, julgou o Tribunal de Justiça:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE REVISÃO DE CONTRATO. PLANO DE SAÚDE. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. APELO DOS



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO

AUTORES. PLANO DE SAÚDE MANTIDO PELA ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE JOINVILLE. ENTIDADE FECHADA ADMINISTRADA NO MODELO DE AUTOGESTÃO. MAJORAÇÃO DAS MENSALIDADES APROVADA PELOS PRÓPRIOS ASSOCIADOS EM ASSEMBLEIA REGULARMENTE CONVOCADA. NECESSIDADE DE REAJUSTE DIANTE DE COMPROVADA INSOLVÊNCIA. OBSERVÂNCIA DAS NORMAS ESTATUTÁRIAS. POSSIBILIDADE. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO. Tratando-se de plano de saúde administrado por entidade fechada, no modelo de autogestão, desde que cumpridas as formalidades estatutárias, não há óbice ao reajuste das mensalidades dos associados, nem à modificação da forma de participação visando à continuidade da prestação do serviço, sobretudo diante de farta comprovação da iminente insolvência da associação. (TJSC, Apelação Cível n. 2014.073795-9, de Joinville, rel. Des. João Batista Góes Ulysséa, j. 08-10-2015)

Outrossim, o STJ legitima as resoluções dos conselhos deliberativos com representação paritária que visam garantir o equilíbrio atuarial dos planos de autogestão. Veja-se:

RECURSO ESPECIAL - PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO - NORMA OU RESOLUÇÃO RESTRITIVA DE COBERTURA OU RESSARCIMENTO DE EVENTOS - POSSIBILIDADE E NÃO-ABUSIVIDADE - RECURSO ESPECIAL PROVIDO. I - Os planos de autogestão, em geral, são administrados paritariamente e no seu conselho deliberativo ou de administração há representantes do órgão ou empresa instituidora e dos associados ou usuários. O objetivo desses planos fechados é baratear o custo, tendo em vista que não visam o lucro e evitam despesas da intermediação. II - Nos planos de saúde fechados, a mensalidade dos associados é um percentual da remuneração, criando um sistema solidário entre os participantes, pois, quem tem maior salário, contribui com mais para o todo, e o custo adicional por dependentes é menor, sendo que em algumas caixas de assistência não há cobrança adicional por dependente. III - A questão ultrapassa a aplicação ou não do Código de Defesa do Consumidor. Nos planos de autogestão, os regulamentos e normas restritivas que buscam a proteção do equilíbrio atuarial e mensalidades de custo menor, não podem ser vistas como cláusulas contratuais abusivas. A relação jurídica desses planos tem peculiaridades, seja na sua constituição, administração, obtenção de receitas e forma de associar-se, completamente diferentes dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam o lucro. A Lei dos planos de saúde dá tratamento diferenciado a essa modalidade (Lei 9.656/98 - art. 10, § 3º). IV - O tratamento legal a ser dado na relação jurídica entre os associados e os planos de saúde de autogestão, os chamados planos fechados, não pode ser o mesmo dos planos comuns, sob pena de se criar prejuízos e desequilíbrios que, se não inviabilizarem a instituição, acabarão elevando o ônus dos demais associados, desrespeitando normas e regulamentos que eles próprios criaram para que o plano desse certo. Os associados que seguem e respeitam as normas do plano, arcarão com o prejuízo, pois a fonte de receita é a contribuição dos associados acrescida da patronal ou da instituidora. V - Portanto, as restrições de cobertura ou de ressarcimento a eventos nos planos de autogestão não violam princípios do Código de Defesa do Consumidor. VI - Recurso especial provido (REsp n. 1.121.067/PR, rel. Min.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PODER JUDICIÁRIO

Massami Uyeda, j. 21-6-2011).

Assim, diante da exposição fática, normativa e jurisprudencial, entende-se que não há ilegalidade ou abusividade advinda da aplicação da Resolução n. 099/2015 que acarretou aumento de 37,55% no valor das mensalidades dos planos de saúde geridos pela GEAP, como forma de redistribuir o custeio entre os participantes e recuperar a saúde financeira da Fundação, para continuar a oferecer seus produtos a baixo custo.

Assim, julgo improcedente o pedido.

Sem custas ou honorários.

Publique-se.

Registre-se.

Intimem-se.

Florianópolis, 24 de junho de 2016.

Hélio do Valle Pereira  
Juiz de Direito

Autos 0302745-06.2016.8.24.0023