



Número: **0003445-39.2008.8.14.0015**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **1ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO**

Última distribuição : **23/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 24.900,00**

Processo referência: **0003445-39.2008.8.14.0015**

Assuntos: **Interpretação / Revisão de Contrato**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELANTE)		DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)	
JOSE HUYGENS DE ARAUJO CRUZ (APELADO)		CYNTHIA ARRAIS CRUZ (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
4704763	15/03/2021 14:46	<a href="#">Acórdão</a>	Acórdão
4578020	15/03/2021 14:46	<a href="#">Voto do Magistrado</a>	Voto
4578019	15/03/2021 14:46	<a href="#">Relatório</a>	Relatório
4578017	15/03/2021 14:46	<a href="#">Ementa</a>	Ementa



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ**

**APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0003445-46.2008.8.14.0015**

APELANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

APELADO: JOSE HUYGENS DE ARAUJO CRUZ

**RELATOR(A):** Desembargadora MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO

**EMENTA**

SECRETARIA ÚNICA DAS TURMAS DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO – 1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

APELAÇÃO N.º 0003445-46.2008.814.0015

APELANTE: UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO(A): SUZY BRITO SOUSA – OAB/PA 20.575 E DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE – OAB/PA 11.270

APELADO: JOSÉ HUYGENS DE ARAÚJO CRUZ

ADVOGADO(A): CYNTHIA ARRAIS CRUZ – OAB/PA 14.074

RELATORA: DESEMBARGADORA MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO



EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO E PEDIDO DE LIMINAR. REAJUSTE ABUSIVO DO PLANO DE SAÚDE, FUNDADO NA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. CONSUMIDOR JÁ INSERIDO NA ÚLTIMA FAIXA ETÁRIA NA ÉPOCA DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO. DESCUMPRIMENTO DE REQUISITOS LEGAIS E CONTRATUAIS POR PARTE DO RECORRENTE. VIOLAÇÃO AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, AO ESTATUTO DO IDOSO E À RESOLUÇÃO N. 63/03 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. OBSERVÂNCIA, NO PRESENTE CASO, DOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELO PRECEDENTE JUDICIAL QUALIFICADO ACERCA DA MATÉRIA. APLICAÇÃO DA TESE FIXADA PELO STJ NO JULGAMENTO DO RESP. 1568244/RJ (TEMA 952/STJ), SOB O RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS. ADEMAIS, POR RESTAR CONFIGURADA A ILICITUDE DO ATO PRATICADO PELO RECORRENTE, EXSURGE O DEVER DE REPARAR OS DANOS PATRIMONIAIS SOFRIDOS PELO RECORRIDO, DE ACORDO COM O QUE DISPÕE O ART. 42, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. REPETIÇÃO DO INDÉBITO EM DOBRO EM RAZÃO DE COBRANÇA SEM LASTRO LEGAL E CONTRATUAL NO CASO CONCRETO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO.

### RELATÓRIO

### RELATÓRIO

Trata-se de recurso de **Apelação** (fls. 245/253), interposto por **UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, em face de sentença (fl. 239/243) que julgou parcialmente procedente os pedidos contidos na Ação Revisional de Contrato c/c Repetição de Indébito e pedido de Tutela Antecipada, proposta por JOSÉ HUYGENS DE ARAÚJO CRUZ.



O Autor, ora Apelado, ajuizou a supracitada ação em desfavor da operadora de plano de saúde após ser surpreendido com o reajuste de 92,92% (noventa e dois, noventa e dois) na mensalidade de seu plano de saúde. O contrato, que fora celebrado em 2007 pelo valor de R\$ 258,57 (duzentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e sete centavos, passara a custar R\$ 526,17 (quinhentos e vinte e seis reais e dezessete centavos) em 2008, sob o argumento de mudança de faixa etária. Por considerar a cobrança indevida, requereu liminarmente a antecipação dos efeitos da tutela, a fim de impedir a incidência do referido reajuste sobre a mensalidade. No mérito, pleiteou a restituição do indébito em dobro, com base no Código de Defesa do Consumidor, e a condenação da ré, ora apelante, em danos morais.

Para subsidiar o pleito, juntou aos autos os documentos de fls. 16/22.

Em seu despacho inicial (fl. 24), o magistrado de 1º Grau determinou a emenda da petição inicial, para que o Autor juntasse aos autos a cópia do contrato de plano de saúde, e a citação da parte requerida. Por fim, reservou-se a apreciar o pedido de antecipação de tutela após o cumprimento dessas determinações.

À fl. 25, o Autor informou ao juízo que não lhe fora concedida nenhuma via do contrato no momento de sua celebração, motivo pelo qual requereu a expedição de ofício à Unimed Belém, para que ela apresentasse tal documento aos autos.

Devidamente citada, a UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO apresentou contestação às fls. 29/55, alegando, preliminarmente, a ilegitimidade ativa do autor e, no mérito, a improcedência da ação, diante da legalidade da cobrança do reajuste, por critério de faixa etária, e da inexistência de danos morais.

Para corroborar seus argumentos, colacionou aos autos os documentos de fls. 56/112, incluindo-se neles o contrato de prestação de serviço à saúde.

Em sua réplica (fls. 115/127), o Autor reforçou os termos da exordial e seu



pedido de antecipação dos efeitos da tutela.

Após a apresentação da contestação e da réplica, foi analisado e concedido o pedido de tutela antecipada, às fls. 183/186, em desfavor da parte requerida, resultando na suspensão do aumento da mensalidade pelo critério da faixa etária, enquanto perdurasse a demanda, bem como na manutenção do plano de saúde nas condições contratadas inicialmente, sob pena de multa diária no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais).

Inconformada, a UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs recurso de Agravo de Instrumento, comunicando tal fato ao juízo às fls. 191/192.

À fl. 215, o Juízo *a quo* manteve integralmente a decisão agravada; às fls. 219/221, prestou informações ao Tribunal de Justiça; e, à fl. 222, designou audiência preliminar de conciliação entre as partes.

Em sede de audiência de conciliação (fl. 223), a tentativa de acordo restou infrutífera. Na ocasião, ainda, o Juízo *a quo* anunciou o julgamento antecipado da lide, haja vista a causa encontrar-se madura.

Contudo, em razão da publicação da Resolução n. 001/2012-GP, em 01.03.12, no Diário de Justiça, o feito foi redistribuído para competência de outra Vara da mesma Comarca, conforme despacho de fl. 224.

Uma vez procedida a redistribuição dos autos, foi designada nova audiência de conciliação (fl.230), tendo esta restado infrutífera ante a ausência da parte autora (fl. 236). No entanto, o processo foi saneado e os pontos controvertidos foram fixados.

Após, adveio sentença (fls. 239/243) julgando parcialmente procedentes os pedidos contidos na inicial, conforme se verifica abaixo:



*Ante o exposto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos contidos na inicial, de modo a condenar a empresa demandada:*

*1) ao pagamento de danos materiais pela restituição em dobro dos valores indevidamente descontados, totalizando o equivalente a R\$13.915,20 (treze mil, novecentos e quinze reais e vinte centavos), corrigidos pelo INPC/IBGE, a partir da data do fato, e juros de mora de 1% (um por cento), ao mês, até o efetivo pagamento.*

*Em consequência, julgo extinto o processo COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO, com base no art. 487, I, do CPC/2015*

*Ratifico a decisão liminar proferida às fis. 183/186.*

Contra essa decisão, a UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs recurso de Apelação (fls. 245/253), alegando, em suma, a existência de erros de julgamento, sob o fundamento de ter sido desconsiderada a atuação da operadora de saúde no estrito cumprimento de um dever legal, amparados tanto na Lei n. 9656/1998, que regulamenta a saúde suplementar no país, como nas Resoluções Normativas n. 63/2003 e 171/2008 da ANS, quando da cobrança do reajuste na mensalidade, por mudança de faixa etária.

Com base nessa narrativa, defendeu ainda o descabimento de qualquer espécie de indenização no caso, por não restarem configurados o ato ilícito e o dano.



Por fim, pleiteou o conhecimento do recurso e a concessão de efeito suspensivo.

Apesar de devidamente intimado, o Apelado não apresentou contrarrazões, conforme consta na certidão de fl. 324.

O feito foi inicialmente distribuído à relatoria da Desembargadora Maria Filomena de Almeida Buarque (ID 2888745) e, posteriormente, redistribuído à minha relatoria, depois de detectada a prevenção no exame do recurso.

Em decisão monocrática (ID 2982666), procedi com o juízo de admissibilidade do recurso, recebendo-o nos efeitos devolutivo e suspensivo, exceto no tocante ao capítulo da tutela antecipada, que foi recebido apenas no efeito devolutivo, em respeito ao art. 1.012, §1º, V, do CPC.

**É o relatório.**

Passo a proferir voto.

**VOTO**

**VOTO**

Considerando que o juízo de admissibilidade foi realizado anteriormente, em decisão monocrática proferida no ID 2982666, conforme relatado acima, passo ao exame do mérito recursal.

Cinge-se a controvérsia em verificar a legalidade do reajuste, por mudança de



faixa etária, aplicado ao contrato de plano de saúde pactuado entre as partes, assim como em saber se tal fato enseja em alguma espécie de reparação civil.

Assevera a Recorrente, em suas razões, que os plano de saúde são regidos pela Lei n.º 9.656/1998, considerada o marco legal da saúde suplementar no país, e estão sujeitos às resoluções normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde, órgão que regula o setor. Portanto, o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/1990) deveria ser aplicado de forma subsidiária, em respeito ao princípio da *lex specialis derogat legi generali*.

Com base nisso, defende que o aumento na mensalidade do plano de saúde no caso em testilha, decorrente da mudança de faixa etária, é legítimo e devido, uma vez que contribui para o equilíbrio econômico-financeiro-atuarial dos planos da operadora, seguindo as premissas estabelecidas pela legislação setorial, como o respeito aos valores do mutualismo e da solidariedade entre gerações.

Ressalta, ainda, que o critério e o percentual de reajuste aplicados não passaram de mero exercício regular de um direito seu, amparado tanto na legislação em vigor quanto na proposta de admissão e no contrato de assistência à saúde celebrados, os quais eram de pleno conhecimento da parte adversa, consoante às fls. 80/106 dos autos.

Por fim, arremata sua tese recursal com a alegação de que inexistente o dever de indenizar na hipótese sob exame, em virtude de não ter sido demonstrada nenhuma ilicitude na conduta praticada tampouco a ocorrência de dano, o que enseja a reforma da decisão combatida.

Em que pese os argumentos aduzidos pela Apelante, adianto que, depois de analisar minuciosamente os autos e cotejar as alegações e provas apresentadas pelas partes, somados às razões contidas na sentença guerreada, o apelo não merece prosperar. Eis os motivos que me conduziram a tal conclusão.



No caso dos autos, as prestações mensais do plano de saúde do Apelado sofreram majoração de 92,92% após ele ter completado 60 (sessenta) anos de idade, o que, em sua opinião, configurou abuso e onerosidade excessiva por provocar desequilíbrio na relação contratual a ponto de impossibilitar sua permanência no plano de saúde, em afronta aos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, no Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8072/90) e no Estatuto do Idoso (10.741/2003).

Anote-se, de início, que a análise da questão controvertida também deve se submeter às normas do Código de Defesa do Consumidor, diferentemente do que apontou a Apelante em sua irresignação. Por força da Súmula 608 do STJ, *“aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”*, o que não é o caso.

Superado esse ponto, cumpre salientar que existe precedente judicial obrigatório acerca da matéria discutida nos autos, o qual deve ser observado em razão de sua força vinculante.

O Superior Tribunal de Justiça, ao julgar o REsp nº. 1.568.244/RJ (Tema nº. 952), sob o regime dos recursos repetitivos, fixou a tese de que *“o reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso”*. Na ocasião, assentou ainda que *“para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância: (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas”*.

Eis a ementa do acórdão:



RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. LEGALIDADE. ÚLTIMO GRUPO DE RISCO. PERCENTUAL DE REAJUSTE. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS. ABUSIVIDADE. NÃO CARACTERIZAÇÃO. EQUILÍBRIO FINANCEIRO-ATUARIAL DO CONTRATO. 1. A variação das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde em razão da idade do usuário deverá estar prevista no contrato, de forma clara, bem como todos os grupos etários e os percentuais de reajuste correspondentes, sob pena de não ser aplicada (arts. 15, caput, e 16, IV, da Lei nº 9.656/1998). 2. A cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária do beneficiário encontra fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos. 3. Os gastos de tratamento médico-hospitalar de pessoas idosas são geralmente mais altos do que os de pessoas mais jovens, isto é, o risco assistencial varia consideravelmente em função da idade. Com vistas a obter maior equilíbrio financeiro ao plano de saúde, foram estabelecidos preços fracionados em grupos etários a fim de que tanto os jovens quanto os de idade mais avançada paguem um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de atenção à saúde. 4. Para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, a forçar que os de mais tenra idade suportassem parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do community rating modificado). 5. As mensalidades dos mais jovens, apesar de proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente, sob pena de o negócio perder a atratividade para eles, o que colocaria em colapso todo o sistema de saúde suplementar em virtude do fenômeno da seleção adversa (ou antisseleção). 6. A norma do art. 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003, que veda "a discriminação



do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade", apenas inibe o reajuste que consubstanciar discriminação desproporcional ao idoso, ou seja, aquele sem pertinência alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato. 7. Para evitar abusividades (Súmula nº 469/STJ) nos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, alguns parâmetros devem ser observados, tais como (i) a expressa previsão contratual; (ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e as cláusulas gerais da boa-fé objetiva e da especial proteção ao idoso, dado que aumentos excessivamente elevados, sobretudo para esta última categoria, poderão, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e (iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais: a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS. b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 6/1998, a qual determina a observância de 7 (sete) faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos), não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos. c) Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas. 8. A abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde por inserção do usuário em nova faixa de risco, sobretudo de participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto. Tal reajuste será adequado e razoável sempre que o



percentual de majoração for justificado atuarialmente, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa comumente o lucro, o qual não pode ser predatório, haja vista a natureza da atividade econômica explorada: serviço público impróprio ou atividade privada regulamentada, complementar, no caso, ao Serviço Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado. 9. Se for reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde em virtude da alteração de faixa etária do usuário, para não haver desequilíbrio contratual, faz-se necessária, nos termos do art. 51, § 2º, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença. 10. TESE para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso. 11. CASO CONCRETO: Não restou configurada nenhuma política de preços desmedidos ou tentativa de formação, pela operadora, de "cláusula de barreira" com o intuito de afastar a usuária quase idosa da relação contratual ou do plano de saúde por impossibilidade financeira. Longe disso, não ficou patente a onerosidade excessiva ou discriminatória, sendo, portanto, idôneos o percentual de reajuste e o aumento da mensalidade fundados na mudança de faixa etária da autora. 12. Recurso especial não provido. (REsp 1568244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/12/2016, DJe 19/12/2016).

Conforme visto, a decisão paradigma definiu os parâmetros para o aumento da mensalidade de plano de saúde fundado na mudança de faixa etária, sendo eles (i) a



previsão contratual, (ii) a observância às normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) a não incidência de percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.

Mais adiante, ressaltou que os contratos firmados a partir de 1º/1/2004 devem respeitar o disposto na Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS, a qual prescreve, dentre outras determinações, o limite de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 (cinquenta e nove) anos, para fins de reajuste por tal critério – e é exatamente aqui que reside o ponto-chave para o deslinde do caso concreto.

Compulsando os autos, pode-se afirmar que a Apelante preencheu todos os requisitos exigidos para a formação do negócio jurídico com a parte adversa, dispondo de forma clara e transparente, nos termos do contrato, o critério e o percentual de reajuste por mudança de faixa etária, consoante se verifica às fls. 80 e 103. O problema, no entanto, surgiu quando ela decidiu majorar em 92,92% a mensalidade do plano de saúde do Apelado em 2008, sob a justificativa deste ter mudado de faixa etária.

Acontece que, na época da assinatura do contrato (fl. 80), ocorrido em 14/05/2007, o Apelado já possuía 59 anos de idade, de acordo com o documento de identidade juntado à fl. 18, em que consta a data de nascimento em 26/02/1948. Logo, por estar inserido na última faixa etária para a qual cabia o citado reajuste legal, não poderia seu contrato sofrer o impacto financeiro pretendido pelo Apelante.

Como bem mencionou o magistrado de 1º Grau em sua sentença, perante esse cenário:



(...) Quando a operadora do plano de saúde agiu desta maneira, feriu a boa-fé contratual, mormente considerando que fez o autor crer que não haveria qualquer alteração no valor da sua mensalidade, já que pertencia à última faixa etária.

O consumidor observa vários aspectos no momento de adquirir um produto ou contratar uma prestação de serviço e, dentro deles, encontra-se o preço ofertado. Ao informar ao demandante que o valor da sua mensalidade equivalia a R\$258,57, mostrou-se deveras atrativo, culminando na realização do contrato, principalmente considerando que não haveria alteração pela faixa etária.

Qualquer modificação no montante pago geraria inadimplemento contratual, seria contrário ao princípio do 'pacta sunt servanda', e, além disso, configuraria conduta ilícita, devendo a empresa requerida responder pelos danos patrimoniais gerados ao autor.

Destarte, mostra-se abusiva e ilegal a conduta da empresa demanda por descumprir as normas legais e contratuais, não havendo subsunção do presente caso especificamente ao entendimento firmado pelo STJ.

Não é demais lembrar que o § 3º do art. 15, da Lei nº 10.741/2003, mais conhecida como Estatuto do Idoso, veda o plano de saúde de cobrar valores diferenciados em razão da idade do idoso, tanto que a Agência Nacional de Saúde editou a Resolução Normativa nº 63/2003 para regulamentar o referido dispositivo. Confira-se:



Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os Idosos.

(...)

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores

diferenciados em razão da idade.

Resolução Normativa nº 63/2003 - ANS.

Art. 2- Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

I - O (zero) a 18 (dezoito) anos;

II -19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;



III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;

VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;

VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;

X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

O Código de Defesa do Consumidor, por sua vez, considera como prática abusiva a elevação, sem justa causa, do preço de serviços ou produtos:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:



(...)

X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços.

Diante do exposto, nota-se que a conduta da Recorrente se revelou abusiva e ilegal no caso concreto à medida que aplicou reajuste fundado na faixa etária para quem já se encontrava na última posição da tabela prevista em lei e no contrato.

Sem embargo de tudo o que já foi dito, é mister esclarecer que não há ilegalidade no reajuste por critério de faixa etária nem no percentual estabelecido no contrato pela operadora de saúde, quando se atende aos requisitos impostos pela legislação que rege o setor e as normas editadas pelo órgão regulador, além das orientações firmadas pela jurisprudência – o que não foi o caso dos autos.

Na presente hipótese, restou configurada, sem sombra de dúvida, a ilegalidade do ato praticado pela Recorrente a partir do momento em que se procedeu com a majoração da mensalidade do plano de saúde de quem já se encontrava na última faixa etária, não havendo nenhuma previsão contratual sequer permissão legal para tanto.

Desta forma, surge para a Apelante o dever de reparar os danos patrimoniais, porventura, amargados pelo Apelado.

Sobre esse assunto, coaduno com o entendimento esposado na sentença, ora vergastada, de que se está diante da prática de um ato ilícito cometido pela Apelante, exsurgindo a obrigação de compensar o dano causado em valor equivalente ao dobro do que fora pago em excesso pelo Apelado, haja vista o reajuste cobrado não ter encontrado arrimo legal nem contratual desde seu nascedouro, isto é, sem fato gerador legítimo.



Para tais circunstâncias, prescreve o Código de Defesa do Consumidor que:

Art. 42. Na cobrança de débitos, o consumidor inadimplente não será exposto a ridículo, nem será submetido a qualquer tipo de constrangimento ou ameaça.

Parágrafo único. O consumidor cobrado em quantia indevida tem direito à repetição do indébito, por valor igual ao dobro do que pagou em excesso, acrescido de correção monetária e juros legais, salvo hipótese de engano justificável.

Assim, entendo que o valor aferido na sentença, sob os critérios da legislação consumerista, para fins de compensação pelos danos materiais suportados pelo Apelado, merece ser mantido, pelas razões expostas acima.

## **DISPOSITIVO**

Isto posto, **CONHEÇO** do recurso de apelação e **NEGO-LHE PROVIMENTO**, mantendo integralmente a decisão do Juízo de 1º grau.

Publique-se e intime-se.

É o voto.



Belém,

**DESEMBARGADORA MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO**

**Relatora**

Belém, 15/03/2021



## VOTO

Considerando que o juízo de admissibilidade foi realizado anteriormente, em decisão monocrática proferida no ID 2982666, conforme relatado acima, passo ao exame do mérito recursal.

Cinge-se a controvérsia em verificar a legalidade do reajuste, por mudança de faixa etária, aplicado ao contrato de plano de saúde pactuado entre as partes, assim como em saber se tal fato enseja em alguma espécie de reparação civil.

Assevera a Recorrente, em suas razões, que os plano de saúde são regidos pela Lei n.º 9.656/1998, considerada o marco legal da saúde suplementar no país, e estão sujeitos às resoluções normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde, órgão que regula o setor. Portanto, o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/1990) deveria ser aplicado de forma subsidiária, em respeito ao princípio da *lex specialis derogat legi generali*.

Com base nisso, defende que o aumento na mensalidade do plano de saúde no caso em testilha, decorrente da mudança de faixa etária, é legítimo e devido, uma vez que contribui para o equilíbrio econômico-financeiro-atuarial dos planos da operadora, seguindo as premissas estabelecidas pela legislação setorial, como o respeito aos valores do mutualismo e da solidariedade entre gerações.

Ressalta, ainda, que o critério e o percentual de reajuste aplicados não passaram de mero exercício regular de um direito seu, amparado tanto na legislação em vigor quanto na proposta de admissão e no contrato de assistência à saúde celebrados, os quais eram de pleno conhecimento da parte adversa, consoante às fls. 80/106 dos autos.

Por fim, arremata sua tese recursal com a alegação de que inexistente o dever de



indenizar na hipótese sob exame, em virtude de não ter sido demonstrada nenhuma ilicitude na conduta praticada tampouco a ocorrência de dano, o que enseja a reforma da decisão combatida.

Em que pese os argumentos aduzidos pela Apelante, adianto que, depois de analisar minuciosamente os autos e cotejar as alegações e provas apresentadas pelas partes, somados às razões contidas na sentença guerreada, o apelo não merece prosperar. Eis os motivos que me conduziram a tal conclusão.

No caso dos autos, as prestações mensais do plano de saúde do Apelado sofreram majoração de 92,92% após ele ter completado 60 (sessenta) anos de idade, o que, em sua opinião, configurou abuso e onerosidade excessiva por provocar desequilíbrio na relação contratual a ponto de impossibilitar sua permanência no plano de saúde, em afronta aos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, no Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8072/90) e no Estatuto do Idoso (10.741/2003).

Anote-se, de início, que a análise da questão controvertida também deve se submeter às normas do Código de Defesa do Consumidor, diferentemente do que apontou a Apelante em sua irresignação. Por força da Súmula 608 do STJ, *“aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”*, o que não é o caso.

Superado esse ponto, cumpre salientar que existe precedente judicial obrigatório acerca da matéria discutida nos autos, o qual deve ser observado em razão de sua força vinculante.

O Superior Tribunal de Justiça, ao julgar o REsp nº. 1.568.244/RJ (Tema nº. 952), sob o regime dos recursos repetitivos, fixou a tese de que *“o reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea,*



*onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso". Na ocasião, assentou ainda que "para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância: (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas".*

Eis a ementa do acórdão:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. LEGALIDADE. ÚLTIMO GRUPO DE RISCO. PERCENTUAL DE REAJUSTE. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS. ABUSIVIDADE. NÃO CARACTERIZAÇÃO. EQUILÍBRIO FINANCEIRO-ATUARIAL DO CONTRATO. 1. A variação das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde em razão da idade do usuário deverá estar prevista no contrato, de forma clara, bem como todos os grupos etários e os percentuais de reajuste correspondentes, sob pena de não ser aplicada (arts. 15, caput, e 16, IV, da Lei nº 9.656/1998). 2. A cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária do beneficiário encontra fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos. 3. Os gastos de tratamento médico-hospitalar de pessoas idosas são geralmente mais altos do que os de pessoas mais jovens, isto é, o risco assistencial varia consideravelmente em função da idade. Com vistas a obter maior equilíbrio financeiro ao plano de saúde, foram estabelecidos preços fracionados em grupos etários a fim de que tanto os jovens quanto os de idade mais avançada paguem um valor compatível com os



seus perfis de utilização dos serviços de atenção à saúde. 4. Para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, a forçar que os de mais tenra idade suportassem parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do community rating modificado). 5. As mensalidades dos mais jovens, apesar de proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente, sob pena de o negócio perder a atratividade para eles, o que colocaria em colapso todo o sistema de saúde suplementar em virtude do fenômeno da seleção adversa (ou antisseleção). 6. A norma do art. 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003, que veda "a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade", apenas inibe o reajuste que consubstanciar discriminação desproporcional ao idoso, ou seja, aquele sem pertinência alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato. 7. Para evitar abusividades (Súmula nº 469/STJ) nos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, alguns parâmetros devem ser observados, tais como (i) a expressa previsão contratual; (ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e as cláusulas gerais da boa-fé objetiva e da especial proteção ao idoso, dado que aumentos excessivamente elevados, sobretudo para esta última categoria, poderão, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e (iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais: a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS. b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 6/1998, a qual determina a observância de 7 (sete) faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos),



não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos. c) Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas. 8. A abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde por inserção do usuário em nova faixa de risco, sobretudo de participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto. Tal reajuste será adequado e razoável sempre que o percentual de majoração for justificado atuarialmente, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa comumente o lucro, o qual não pode ser predatório, haja vista a natureza da atividade econômica explorada: serviço público impróprio ou atividade privada regulamentada, complementar, no caso, ao Serviço Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado. 9. Se for reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde em virtude da alteração de faixa etária do usuário, para não haver desequilíbrio contratual, faz-se necessária, nos termos do art. 51, § 2º, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença. 10. TESE para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso. 11. CASO CONCRETO: Não restou configurada nenhuma política de preços desmedidos ou tentativa de formação, pela operadora, de "cláusula de barreira" com o intuito de afastar a usuária quase idosa da relação contratual ou do plano de saúde por impossibilidade financeira. Longe disso, não ficou patente a



onerossidade excessiva ou discriminatória, sendo, portanto, idôneos o percentual de reajuste e o aumento da mensalidade fundados na mudança de faixa etária da autora. 12. Recurso especial não provido. (REsp 1568244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/12/2016, DJe 19/12/2016).

Conforme visto, a decisão paradigma definiu os parâmetros para o aumento da mensalidade de plano de saúde fundado na mudança de faixa etária, sendo eles (i) a previsão contratual, (ii) a observância às normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) a não incidência de percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.

Mais adiante, ressaltou que os contratos firmados a partir de 1º/1/2004 devem respeitar o disposto na Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS, a qual prescreve, dentre outras determinações, o limite de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 (cinquenta e nove) anos, para fins de reajuste por tal critério – e é exatamente aqui que reside o ponto-chave para o deslinde do caso concreto.

Compulsando os autos, pode-se afirmar que a Apelante preencheu todos os requisitos exigidos para a formação do negócio jurídico com a parte adversa, dispondo de forma clara e transparente, nos termos do contrato, o critério e o percentual de reajuste por mudança de faixa etária, consoante se verifica às fls. 80 e 103. O problema, no entanto, surgiu quando ela decidiu majorar em 92,92% a mensalidade do plano de saúde do Apelado em 2008, sob a justificativa deste ter mudado de faixa etária.



Acontece que, na época da assinatura do contrato (fl. 80), ocorrido em 14/05/2007, o Apelado já possuía 59 anos de idade, de acordo com o documento de identidade juntado à fl. 18, em que consta a data de nascimento em 26/02/1948. Logo, por estar inserido na última faixa etária para a qual cabia o citado reajuste legal, não poderia seu contrato sofrer o impacto financeiro pretendido pelo Apelante.

Como bem mencionou o magistrado de 1º Grau em sua sentença, perante esse cenário:

(...) Quando a operadora do plano de saúde agiu desta maneira, feriu a boa-fé contratual, mormente considerando que fez o autor crer que não haveria qualquer alteração no valor da sua mensalidade, já que pertencia à última faixa etária.

O consumidor observa vários aspectos no momento de adquirir um produto ou contratar uma prestação de serviço e, dentro deles, encontra-se o preço ofertado. Ao informar ao demandante que o valor da sua mensalidade equivalia a R\$258,57, mostrou-se deveras atrativo, culminando na realização do contrato, principalmente considerando que não haveria alteração pela faixa etária.

Qualquer modificação no montante pago geraria inadimplemento contratual, seria contrário ao princípio do 'pacta sunt servanda', e, além disso, configuraria conduta ilícita, devendo a empresa requerida responder pelos danos patrimoniais gerados ao autor.

Destarte, mostra-se abusiva e ilegal a conduta da empresa demanda por descumprir as normas legais e contratuais, não havendo subsunção do presente caso especificamente ao entendimento firmado pelo STJ.



Não é demais lembrar que o § 3º do art. 15, da Lei nº 10.741/2003, mais conhecida como Estatuto do Idoso, veda o plano de saúde de cobrar valores diferenciados em razão da idade do idoso, tanto que a Agência Nacional de Saúde editou a Resolução Normativa nº 63/2003 para regulamentar o referido dispositivo. Confira-se:

#### Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os Idosos.

(...)

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores

diferenciados em razão da idade.

Resolução Normativa nº 63/2003 - ANS.



Art. 2- Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

I - O (zero) a 18 (dezoito) anos;

II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;

VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;

VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;

X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

O Código de Defesa do Consumidor, por sua vez, considera como prática



abusiva a elevação, sem justa causa, do preço de serviços ou produtos:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

(...)

X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços.

Diante do exposto, nota-se que a conduta da Recorrente se revelou abusiva e ilegal no caso concreto à medida que aplicou reajuste fundado na faixa etária para quem já se encontrava na última posição da tabela prevista em lei e no contrato.

Sem embargo de tudo o que já foi dito, é mister esclarecer que não há ilegalidade no reajuste por critério de faixa etária nem no percentual estabelecido no contrato pela operadora de saúde, quando se atende aos requisitos impostos pela legislação que rege o setor e as normas editadas pelo órgão regulador, além das orientações firmadas pela jurisprudência – o que não foi o caso dos autos.

Na presente hipótese, restou configurada, sem sombra de dúvida, a ilegalidade do ato praticado pela Recorrente a partir do momento em que se procedeu com a majoração da mensalidade do plano de saúde de quem já se encontrava na última faixa etária, não havendo nenhuma previsão contratual sequer permissão legal para tanto.

Desta forma, surge para a Apelante o dever de reparar os danos patrimoniais,



porventura, amargados pelo Apelado.

Sobre esse assunto, coaduno com o entendimento esposado na sentença, ora vergastada, de que se está diante da prática de um ato ilícito cometido pela Apelante, exurgindo a obrigação de compensar o dano causado em valor equivalente ao dobro do que fora pago em excesso pelo Apelado, haja vista o reajuste cobrado não ter encontrado arrimo legal nem contratual desde seu nascedouro, isto é, sem fato gerador legítimo.

Para tais circunstâncias, prescreve o Código de Defesa do Consumidor que:

Art. 42. Na cobrança de débitos, o consumidor inadimplente não será exposto a ridículo, nem será submetido a qualquer tipo de constrangimento ou ameaça.

Parágrafo único. O consumidor cobrado em quantia indevida tem direito à repetição do indébito, por valor igual ao dobro do que pagou em excesso, acrescido de correção monetária e juros legais, salvo hipótese de engano justificável.

Assim, entendo que o valor aferido na sentença, sob os critérios da legislação consumerista, para fins de compensação pelos danos materiais suportados pelo Apelado, merece ser mantido, pelas razões expostas acima.



## **DISPOSITIVO**

Isto posto, **CONHEÇO** do recurso de apelação e **NEGO-LHE PROVIMENTO**, mantendo integralmente a decisão do Juízo de 1º grau.

Publique-se e intime-se.

É o voto.

Belém,

**DESEMBARGADORA MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO**

**Relatora**



## RELATÓRIO

Trata-se de recurso de **Apelação** (fls. 245/253), interposto por **UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, em face de sentença (fl. 239/243) que julgou parcialmente procedente os pedidos contidos na Ação Revisional de Contrato c/c Repetição de Indébito e pedido de Tutela Antecipada, proposta por JOSÉ HUYGENS DE ARAÚJO CRUZ.

O Autor, ora Apelado, ajuizou a supracitada ação em desfavor da operadora de plano de saúde após ser surpreendido com o reajuste de 92,92% (noventa e dois, noventa e dois) na mensalidade de seu plano de saúde. O contrato, que fora celebrado em 2007 pelo valor de R\$ 258,57 (duzentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e sete centavos, passara a custar R\$ 526,17 (quinhentos e vinte e seis reais e dezessete centavos) em 2008, sob o argumento de mudança de faixa etária. Por considerar a cobrança indevida, requereu liminarmente a antecipação dos efeitos da tutela, a fim de impedir a incidência do referido reajuste sobre a mensalidade. No mérito, pleiteou a restituição do indébito em dobro, com base no Código de Defesa do Consumidor, e a condenação da ré, ora apelante, em danos morais.

Para subsidiar o pleito, juntou aos autos os documentos de fls. 16/22.

Em seu despacho inicial (fl. 24), o magistrado de 1º Grau determinou a emenda da petição inicial, para que o Autor juntasse aos autos a cópia do contrato de plano de saúde, e a citação da parte requerida. Por fim, reservou-se a apreciar o pedido de antecipação de tutela após o cumprimento dessas determinações.

À fl. 25, o Autor informou ao juízo que não lhe fora concedida nenhuma via do contrato no momento de sua celebração, motivo pelo qual requereu a expedição de ofício à Unimed Belém, para que ela apresentasse tal documento aos autos.



Devidamente citada, a UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO apresentou contestação às fls. 29/55, alegando, preliminarmente, a ilegitimidade ativa do autor e, no mérito, a improcedência da ação, diante da legalidade da cobrança do reajuste, por critério de faixa etária, e da inexistência de danos morais.

Para corroborar seus argumentos, colacionou aos autos os documentos de fls. 56/112, incluindo-se neles o contrato de prestação de serviço à saúde.

Em sua réplica (fls. 115/127), o Autor reforçou os termos da exordial e seu pedido de antecipação dos efeitos da tutela.

Após a apresentação da contestação e da réplica, foi analisado e concedido o pedido de tutela antecipada, às fls. 183/186, em desfavor da parte requerida, resultando na suspensão do aumento da mensalidade pelo critério da faixa etária, enquanto perdurasse a demanda, bem como na manutenção do plano de saúde nas condições contratadas inicialmente, sob pena de multa diária no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais).

Inconformada, a UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs recurso de Agravo de Instrumento, comunicando tal fato ao juízo às fls. 191/192.

À fl. 215, o Juízo *a quo* manteve integralmente a decisão agravada; às fls. 219/221, prestou informações ao Tribunal de Justiça; e, à fl. 222, designou audiência preliminar de conciliação entre as partes.

Em sede de audiência de conciliação (fl. 223), a tentativa de acordo restou infrutífera. Na ocasião, ainda, o Juízo *a quo* anunciou o julgamento antecipado da lide, haja vista a causa encontrar-se madura.

Contudo, em razão da publicação da Resolução n. 001/2012-GP, em 01.03.12, no Diário de Justiça, o feito foi redistribuído para competência de outra Vara da mesma



Comarca, conforme despacho de fl. 224.

Uma vez procedida a redistribuição dos autos, foi designada nova audiência de conciliação (fl.230), tendo esta restado infrutífera ante a ausência da parte autora (fl. 236). No entanto, o processo foi saneado e os pontos controvertidos foram fixados.

Após, adveio sentença (fls. 239/243) julgando parcialmente procedentes os pedidos contidos na inicial, conforme se verifica abaixo:

*Ante o exposto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTES os pedidos contidos na inicial, de modo a condenar a empresa demandada:*

*1) ao pagamento de danos materiais pela restituição em dobro dos valores indevidamente descontados, totalizando o equivalente a R\$13.915,20 (treze mil, novecentos e quinze reais e vinte centavos), corrigidos pelo INPC/IBGE, a partir da data do fato, e juros de mora de 1% (um por cento), ao mês, até o efetivo pagamento.*

*Em conseqüência, julgo extinto o processo COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO, com base no art. 487, I, do CPC/2015*

*Ratifico a decisão liminar proferida às fis. 183/186.*

Contra essa decisão, a UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs recurso de Apelação (fls. 245/253), alegando, em suma, a existência de



erros de julgamento, sob o fundamento de ter sido desconsiderada a atuação da operadora de saúde no estrito cumprimento de um dever legal, amparados tanto na Lei n. 9656/1998, que regulamenta a saúde suplementar no país, como nas Resoluções Normativas n. 63/2003 e 171/2008 da ANS, quando da cobrança do reajuste na mensalidade, por mudança de faixa etária.

Com base nessa narrativa, defendeu ainda o descabimento de qualquer espécie de indenização no caso, por não restarem configurados o ato ilícito e o dano.

Por fim, pleiteou o conhecimento do recurso e a concessão de efeito suspensivo.

Apesar de devidamente intimado, o Apelado não apresentou contrarrazões, conforme consta na certidão de fl. 324.

O feito foi inicialmente distribuído à relatoria da Desembargadora Maria Filomena de Almeida Buarque (ID 2888745) e, posteriormente, redistribuído à minha relatoria, depois de detectada a prevenção no exame do recurso.

Em decisão monocrática (ID 2982666), procedi com o juízo de admissibilidade do recurso, recebendo-o nos efeitos devolutivo e suspensivo, exceto no tocante ao capítulo da tutela antecipada, que foi recebido apenas no efeito devolutivo, em respeito ao art. 1.012, §1º, V, do CPC.

**É o relatório.**

Passo a proferir voto.



SECRETARIA ÚNICA DAS TURMAS DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO – 1ª TURMA  
DE DIREITO PRIVADO

APELAÇÃO N.º 0003445-46.2008.814.0015

APELANTE: UNIMED BELÉM - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

ADVOGADO(A): SUZY BRITO SOUSA – OAB/PA 20.575 E DIOGO DE AZEVEDO  
TRINDADE – OAB/PA 11.270

APELADO: JOSÉ HUYGENS DE ARAÚJO CRUZ

ADVOGADO(A): CYNTHIA ARRAIS CRUZ – OAB/PA 14.074

RELATORA: DESEMBARGADORA MARIA DO CÉO MACIEL COUTINHO

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO E PEDIDO DE LIMINAR. REAJUSTE ABUSIVO DO PLANO DE SAÚDE, FUNDADO NA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. CONSUMIDOR JÁ INSERIDO NA ÚLTIMA FAIXA ETÁRIA NA ÉPOCA DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO. DESCUMPRIMENTO DE REQUISITOS LEGAIS E CONTRATUAIS POR PARTE DO RECORRENTE. VIOLAÇÃO AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, AO ESTATUTO DO IDOSO E À RESOLUÇÃO N. 63/03 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. OBSERVÂNCIA, NO PRESENTE CASO, DOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELO PRECEDENTE JUDICIAL QUALIFICADO ACERCA DA MATÉRIA. APLICAÇÃO DA TESE FIXADA PELO STJ NO JULGAMENTO DO RESP. 1568244/RJ (TEMA 952/STJ), SOB O RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS. ADEMAIS, POR RESTAR CONFIGURADA A ILICITUDE DO ATO PRATICADO PELO RECORRENTE, EXSURGE O DEVER DE REPARAR OS DANOS PATRIMONIAIS SOFRIDOS PELO RECORRIDO, DE ACORDO COM O QUE DISPÕE O ART. 42,



PARÁGRAFO ÚNICO, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.  
REPETIÇÃO DO INDÉBITO EM DOBRO EM RAZÃO DE COBRANÇA SEM  
LASTRÔ LEGAL E CONTRATUAL NO CASO CONCRETO. RECURSO  
CONHECIDO E DESPROVIDO.

