



Número: **0814102-07.2017.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES**

Última distribuição : **27/09/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Processo referência: **0814102-07.2017.8.14.0301**

Assuntos: **Práticas Abusivas**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE MARIA DOS SANTOS SILVA (APELANTE)	
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELADO)	DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ (AUTORIDADE)	NELSON PEREIRA MEDRADO (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
8166283	16/02/2022 11:06	Acórdão	Acórdão
8068392	16/02/2022 11:06	Relatório do Magistrado	Relatório
8068390	16/02/2022 11:06	Voto do magistrado	Voto
8068394	16/02/2022 11:06	Ementa	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0814102-07.2017.8.14.0301

APELANTE: JOSE MARIA DOS SANTOS SILVA

APELADO: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

RELATOR(A): Desembargadora MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL N. 0814102-07.2017.8.14.0301

APELANTE/APELADA: UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELANTE/APELADO: JOSÉ MARIA DOS SANTOS SILVA

COMARCA DE ORIGEM: BELÉM/PA

RELATORA: DESA. MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

EXPEDIENTE: 2ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA E DANO MORAL – PARCIAL PROCEDÊNCIA – COINCIDÊNCIA DE MATÉRIAS – ANÁLISE CONJUNTA DOS RECURSOS – FUNCIONÁRIO INATIVO – OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE QUE DEVE OFERECER TRATAMENTO IGUALITÁRIO E PARITÁRIO ENTRE FUNCIONÁRIOS ATIVOS E INATIVOS, INCLUSIVE QUANTO AO



MODELO DE PAGAMENTO E DE VALOR DE CONTRIBUIÇÃO, ADMITINDO-SE APENAS A DIFERENCIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA SE FOR CONTRATADA PARA TODOS, CABENDO AO INATIVO O CUSTEIO INTEGRAL – ART. 31 DA LEI N. 9.656/1998 – TEMA 1034 DO STJ – CONDUTA ABUSIVA DO PLANO DE SAÚDE – DANO MORAL CONFIGURADO – QUANTUM INDENIZATÓRIO – R\$ 5.000,00 – PRINCÍPIO DA SUCUMBÊNCIA – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – 10% SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO – RECURSO DE APELAÇÃO DA REQUERIDA CONHECIDO E DESPROVIDO – RECURSO ADESIVO DO AUTOR CONHECIDO E PROVIDO.

1 – Cinge-se a controvérsia recursal a definição de quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiário inativo, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

2 – No caso em exame, verifica-se que o autor trabalhou na empresa Fábrica de Celulose e Papel da Amazônia S/A (FACEPA) de 10/07/1986 até 03/05/2017, sendo estabelecido na Cláusula II do Contrato do Plano de Saúde (ID. 5865821), tabelas com valor mensal por faixa etária, o que, se revela regular, demonstrando, entretanto, tratamento diferenciado aos funcionários ativos e inativos.

3 – Hipótese em que assiste razão o autor/recorrente quanto a alegação de inobservância pela operadora do plano de saúde do disposto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo ser aplicada a tese firmada pelo Superior Tribunal de Justiça no julgamento do REsp 1.818.487/SP sob o rito dos recursos repetitivos (Tema 1034), pertinente a necessidade de oferecimento de um tratamento igualitário e paritário entre funcionários ativos e inativos, inclusive quanto ao modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se apenas a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral.

4 – Por conseguinte, entendo que não assiste razão a requerida/apelante quanto as alegações arguidas em seu recurso apelatório, revelando-se, outrossim, prejudicada a alegação de nulidade de sentença por decisão extra petita, face a admissão de diferenciação por faixa etária quando contratada para todos, conforme enfatizado alhures.

5 – Conforme enfatizado pelo *Parquet* em seu parecer, em decorrência da abusividade praticada pela requerida com a cobrança de valores excessivos do plano de saúde, não restou outra alternativa ao autor, a não ser requerer o desligamento do plano, ficando sem assistência do plano de saúde do qual contribuiu por anos, o que, tratando-se de pessoa idosa constitui situação que seguramente extrapola o mero dissabor e, impõe o dever de indenizar.

6 – Observando os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, ainda em atenção as peculiaridades do caso em análise, tenho que o *quantum* indenizatório na hipótese deve ser fixado no montante de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), por se revelar o valor adequado, razoável e proporcional a reparar o dano experimentado.

7 – Acerca da distribuição do ônus sucumbenciais, tem-se que ante a reforma parcial da sentença com o acolhimento do pedido indenizatório formulado pelo autor, despicienda revela-se



qualquer discussão relativa ao decaimento mínimo ou não deste, senda inconteste que as verbas sucumbenciais devem ser suportadas pela requerida em observância ao princípio da sucumbência.

8 – Recursos **Conhecidos** para:

8.1 – **Negar Provimento** ao Recurso de Apelação interposto pela requerida Unimed de Belém – Cooperativa de Trabalho Médico.

8.2 – **Dar Provimento** ao Recurso Adesivo interposto pelo autor José Maria dos Santos Silva para condenar a requerida a reestabelecer o autor no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço ofertadas aos funcionários da ativa, inclusive quanto ao modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral; bem como condenar a requerida ao pagamento de danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), com juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês a contar da citação, e correção monetária a partir da fixação; bem assim ao pagamento de custas processuais e dos honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos da fundamentação.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, onde figuram como partes as acima identificadas, acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores membros da Colenda 2ª Turma de Direito Privado do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará na **Sessão Ordinária realizada em 08 de fevereiro de 2022**, na presença do Exmo. Representante da Douta Procuradoria de Justiça, por unanimidade de votos, em **CONHECER** e **NEGAR PROVIMENTO** ao **Recurso de Apelação** da requerida e **DAR PROVIMENTO** ao **Recurso Adesivo** do autor, nos termos do voto da **Exma. Desembargadora Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães**.

MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

Desembargadora Relatora

RELATÓRIO



APELAÇÃO CÍVEL N. 0814102-07.2017.8.14.0301

APELANTE/APELADA: UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELANTE/APELADO: JOSÉ MARIA DOS SANTOS SILVA

COMARCA DE ORIGEM: BELÉM/PA

RELATORA: DESA. MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

EXPEDIENTE: 2ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

RELATÓRIO

Tratam os autos de Recurso de **APELAÇÃO CÍVEL** interposto por **UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** e **RECURSO DE APELAÇÃO/ADESIVO** interposto por **JOSÉ MARIA DOS SANTOS SILVA**, inconformados com a Sentença prolatada pelo MM. Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial de Belém/PA que, nos autos da **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA E DANO MORAL**, ajuizada pelo segundo recorrente, julgou parcialmente procedente o pleito formulado na exordial.

Em sua inicial (ID. 5865815), narrou o autor que trabalhou na empresa Fábrica de Celulose e Papel da Amazônia S/A – FACEPA de 10/07/1986 a 03/05/2017, onde exercia o cargo de encarregado de caldeira, destacando que apesar de ter se aposentado em 1994, continuou exercendo atividades laborais na empresa supramencionada.

Afirmou que era beneficiário do plano de saúde da requerida, tipo: enfermária nacional, modalidade: coletivo empresarial, contrato n. 1141, com início de vigência em 01/09/2003. De modo que a empresa empregadora realizava o pagamento de R\$ 212,87 (duzentos e doze reais e oitenta e sete centavos) à título de plano de saúde e o autor contribuía com R\$ 1,00 (um real), e que após a rescisão do contrato de trabalho, procurou a requerida para adaptação do plano, fora informado que a mensalidade passaria para o valor aproximado de R\$ 900,00 (novecentos reais), o que seria abusivo.

Pleiteou, assim, pela procedência da exordial para que a requerida fosse condenada a obrigação de fazer de restabelecer o plano de saúde nas mesmas condições que o autor usufruía durante a vigência do contrato de trabalho, bem assim que fosse condenada ao pagamento de indenização por danos morais.

Juntou o autor, documentos aos autos com escopo de subsidiar seu pleito.



Em decisão de ID. 5865824, foi indeferido o pedido liminar formulado pelo autor.

Em contestação (ID. 5865830), arguiu a requerida que inexistiria qualquer ilicitude na sua conduta, destacando que embora os funcionários inativos (demitidos sem justa causa ou aposentados) façam jus a usufruir de plano de saúde, tal fato não implicaria na aplicação dos mesmos preços anteriormente praticados, pugnando, assim, pela improcedência da demanda.

O feito seguiu seu tramite regular até a prolação da sentença (ID. 5865842), que julgou parcialmente procedente a pretensão exordial para condenar a requerida a reestabelecer o autor no plano de saúde, devendo este arcar com a contraprestação mensal de R\$ 773,48 (setecentos e setenta e três reais e quarenta e oito centavos), apenas havendo os reajustes anuais conforme disposições contratuais e legais, indeferindo, outrossim, o pedido de indenização por dano moral.

Condenou, ainda, a requerida ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios no importe de R\$ 1.000,00 (um mil reais).

Inconformada, a requerida UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs Recurso de Apelação (ID. 5865847).

Alega, preliminarmente, que a sentença testilhada seria nula por ser *extra petita*, visto que a matéria atinente ao reajuste por faixa etária, não faria parte do objeto da ação.

No mérito, aduz que o autor/apelado é vinculada ao contrato firmado entre a FACEPA e a operado de plano de saúde, ora apelante, plano regulamentado pela lei 9.56/1998 e submetido às regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com regramento especial aos contratos coletivos empresariais, existindo previsão de um plano específico para os ex-funcionários, isto é, plano para inativos, atendendo ao previsto na Resolução Normativa nº 279/2011-ANS.

Argui que a previsão de que as operadoras de planos de saúde devem garantir aos inativos as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral, não deve ser confundida com a manutenção do preço da mensalidade.

Sustenta que inexistiria qualquer ilicitude na cobrança de preço diferenciado entre planos de saúde coletivo empresarial de funcionários ativos e inativos.

Arrazoa ser indispensável a observância ao princípio da legalidade e ao princípio da autonomia da vontade, bem assim a separação entre os predicados que regulam o sus e a assistência suplementar à saúde.

Defende, ainda, ser descabida a condenação da apelante ao pagamento das verbas sucumbenciais, visto que teria ocorrido a sucumbência recíproca na demanda.

Pleiteia, assim, pelo provimento do recurso de apelação para que seja anulada a sentença testilhada, ou, alternativamente reformada para que seja julgado improcedente a



demanda exordial.

Por sua vez, o autor JOSÉ MARIA DOS SANTOS SILVA, interpôs Recurso de Apelação/Adesivo (ID. 5865875).

Alega ser assente na jurisprudência pátria a ilegalidade da Resolução 279/2011-ANS, quanto a distinção de preço e forma de reajuste das mensalidades dos planos de saúde dos empregados ativos e inativos.

Argui que a permissão contida no ato normativo viola o princípio da legalidade, já que o comando da agência reguladora não pode se contrapor ao texto legal (art. 31 da Lei 9.656/1998), estabelecido em legítimo processo legislativo.

Sustenta que não possui condições de pagar as mensalidades na forma que lhes são cobradas, o que ensejou seu desligamento do plano, estando há mais de 4 (quatro) anos sem cobertura de seu plano de saúde, o que estaria causando bastante sofrimento e angústia ao autor/apelante, aptos a ensejar o dever de indenizar.

Pugna, assim, pelo provimento do recurso de apelação para que reformada a sentença primeva sejam as pretensões exordiais julgadas procedentes em sua integralidade.

O prazo para a apresentação de contrarrazões pela parte autora, decorreu *in albis* (ID. 5865878).

Em contrarrazões (ID. 6669897), a operadora de plano de saúde requerida, defende o desprovimento do recurso interposto pela parte autora.

O feito foi originariamente distribuído a relatoria do Exmo. Des. Amilcar Roberto Bezerra Guimarães, que se declarou suspeito para julgar a demanda.

Após redistribuição, coube-me a relatoria do feito.

Intimada a se manifestar a Douta Procuradoria de Justiça emitiu parecer elo desprovimento do recurso da operado de plano de saúde requerida e pelo provimento do recurso do autor (ID. 7394609).

É o relatório.

MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

Desembargadora – Relatora



VOTO

VOTO

JUÍZO DE ADMISSIBILIDADE

Avaliados, preliminarmente, os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pelos recorrentes, tenho-os como regularmente constituídos, bem como atinentes à constituição regular do feito até aqui, razão pela qual conheço dos recursos, passando a proferir voto.

INCIDÊNCIA DO DIREITO INTERTEMPORAL

Precipuamente, em observância as regras de Direito Intertemporal, positivada no art. 14 do Código de Processo Civil de 2015, os recursos em exame serão apreciados sob a égide deste, visto que a vergasta decisão foi publicada já na vigência do Novo Diploma Processual Civil.

ANÁLISE DOS RECURSOS

Considerando que as matérias suscitadas nos recursos em exame se comunicam, serão esses apreciados conjuntamente.

QUESTÕES PRELIMINARES

Considerando a preliminar de sentença *extra petita* suscitada pela operadora de plano de saúde, assenta-se em matéria que se confunde com o mérito da demanda, procederei nessa sede a sua apreciação.

MÉRITO

Cinge-se a controvérsia recursal a definição de quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiário inativo, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

Da Igualdade de Modelo de Pagamento e de Valor de Contribuição entre os Funcionários Ativos e Inativos

Com efeito, o art. 31 da Lei n. 9.656/98 assegura ao aposentado a extensão do contrato de plano de saúde nas mesmas condições de cobertura que usufruía quando funcionário ativo, consoante se depreende *in verbis*:



Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Acerca da matéria, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp 1.818.487/SP sob o rito dos recursos repetitivos (Tema 1034), visando definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, firmou o seguinte entendimento:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. DIREITO CIVIL. EX-EMPREGADOS APOSENTADOS. PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART. 31 DA LEI N. 9.656/1988. DEFINIÇÃO ACERCA DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS E DE CUSTEIO.

1. Delimitação da controvérsia

Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

2. Teses definidas para os fins do art. 1.036 do CPC/2015

a)"Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial."

b)"O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador."

c)"O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências."

3. Julgamento do caso concreto



a) Inaplicabilidade do art. 30 da Lei n. 9.656/1998, tendo em vista que o prazo de 10 (dez) anos disciplinado no art. 31 do mesmo diploma encontra-se comprovado, decorrendo da somatória de todos os períodos de contribuição envolvendo várias operadoras de planos de saúde contratadas sucessivamente pelo ex-empregador.

b) Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 não caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, conforme decidido pelo Tribunal de origem, devem encontrar-se vinculados a um único plano de saúde, sem distinções.

c) Acolher as razões recursais com o propósito de modificar o contexto fático-probatório inserido no acórdão recorrido encontra óbice na Súmula n. 7 do STJ.

4. Recurso especial a que se nega provimento.

(STJ - REsp: 1816482 SP 2019/0144247-0, Relator: Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Data de Julgamento: 09/12/2020, Segunda Seção, Data de Publicação: DJe 01/02/2021). (Grifei).

Conforme se depreende, definiu a Corte da Cidadania que os funcionários ativos e inativos devem ser inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral.

No caso em exame, verifica-se que o autor trabalhou na empresa Fábrica de Celulose e Papel da Amazônia S/A (FACEPA) de 10/07/1986 até 03/05/2017, sendo estabelecido na Cláusula II do Contrato do Plano de Saúde (ID. 5865821), tabelas com valor mensal por faixa etária, o que, se revela regular, demonstrando, entretanto, tratamento diferenciado aos funcionários ativos e inativos.

Nessa hipótese, assiste razão o autor/recorrente quanto a alegação de inobservância pela operadora do plano de saúde do disposto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo ser aplicada a tese firmada pelo Superior Tribunal de Justiça pertinente a necessidade de oferecimento de um tratamento igualitário e paritário entre funcionários ativos e inativos, inclusive quanto ao modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se apenas a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral.

Por conseguinte, entendo que não assiste razão a requerida/apelante quanto as alegações arguidas em seu recurso apelatório, revelando-se, outrossim, prejudicada a alegação de nulidade de sentença por decisão extra petita, face a admissão de diferenciação por faixa etária quando contratada para todos, conforme enfatizado alhures.

Do Dano Moral



Acerca do dano moral, sabe-se que a caracterização do dever de indenizar, condiciona-se, inafastavelmente, a presença dos elementos ensejadores da responsabilidade civil, quais sejam, o dano, o ato ilícito, e o nexo de causalidade entre ambos.

Noutras palavras, a indenização a título de dano extrapatrimonial, pressupõe a existência de três aspectos indispensáveis: a ilicitude do ato praticado, visto que os atos regulares de direito não ensejam reparação; o dano, ou seja, a efetiva lesão suportada pela vítima e o nexo causal, sendo este a relação entre os dois primeiros, o ato praticado e a lesão experimentada.

Nesse sentido, preleciona a doutrina civilista pátria:

"Consiste a responsabilidade civil na obrigação que tem uma pessoa - devedora - de reparar os danos causados a outra - credora - dentro das forças de seu patrimônio, em decorrência de um ato ilícito ou de uma infração contratual. Visa ela, pois, a recompor o patrimônio do lesado ou compensá-lo pelos danos sofridos, desde que comprovado o nexo causal entre o ato praticado e o prejuízo da vítima".

(FELIPE, Jorge Franklin Alves. *Indenização nas Obrigações por Ato Ilícito*. 2. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, p. 13).

O dano moral, portanto, é lesão que integra os direitos da personalidade, tal como o direito à vida, à liberdade, à intimidade, à privacidade, à honra (reputação), à imagem, à intelectualidade, à integridade física e psíquica, de forma mais ampla a dignidade da pessoa humana.

Nessa esteira, tem-se que configura dano moral aquela lesão que, excedendo à normalidade, interfere intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem-estar.

O diploma cível pátrio estabelece expressamente em seu art. 186, a possibilidade de reparação civil decorrente de ato ilícito, inclusive nas hipóteses em que o dano seja de caráter especificamente moral.

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

No caso em exame, conforme enfatizado pelo *Parquet* em seu parecer, em decorrência da abusividade praticada pela requerida com a cobrança de valores excessivos do plano de saúde, não restou outra alternativa ao autor, a não ser requerer o desligamento do plano, ficando sem assistência do plano de saúde do qual contribuiu por anos, o que, tratando-se de pessoa idosa constitui situação que seguramente extrapola o mero dissabor e, impõe o dever de indenizar.

Outrossim, observando os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, ainda em



atenção as peculiaridades do caso em análise, tenho que o *quantum* indenizatório na hipótese deve ser fixado no montante de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), por se revelar o valor adequado, razoável e proporcional a reparar o dano experimentado.

Destaca-se, ainda, que sobre o valor indenizatório devem incidir juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês a contar da citação, e correção monetária a partir da fixação, nos termos da Súmula 362 do STJ.

Das Verbas Sucumbenciais

Por fim, acerca da distribuição do ônus sucumbenciais, tem-se que ante a reforma parcial da sentença com o acolhimento do pedido indenizatório formulado pelo autor, despicienda revela-se qualquer discussão relativa ao decaimento mínimo ou não deste, senda inconteste que as verbas sucumbenciais devem ser suportadas pela requerida em observância ao princípio da sucumbência.

Destarte, condeno a parte requerida/apelada ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, a teor do art. 85 do CPC.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, na esteira do parecer da Douta Procuradoria de Justiça **CONHEÇO** dos Recursos para:

NEGAR PROVIMENTO ao Recurso de Apelação interposto pela requerida Unimed de Belém – Cooperativa de Trabalho Médico.

DAR PROVIMENTO ao Recurso Adesivo interposto pelo autor José Maria dos Santos Silva para condenar a requerida a reestabelecer o autor no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço ofertadas aos funcionários da ativa, inclusive quanto ao modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral; bem como condenar a requerida ao pagamento de danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), com juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês a contar da citação, e correção monetária a partir da fixação; bem assim ao pagamento de custas processuais e dos honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos da fundamentação.

É como voto.

Belém, 08 de fevereiro de 2022.



MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

Desembargadora – Relatora

Belém, 16/02/2022



APELAÇÃO CÍVEL N. 0814102-07.2017.8.14.0301

APELANTE/APELADA: UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELANTE/APELADO: JOSÉ MARIA DOS SANTOS SILVA

COMARCA DE ORIGEM: BELÉM/PA

RELATORA: DESA. MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

EXPEDIENTE: 2ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

RELATÓRIO

Tratam os autos de Recurso de **APELAÇÃO CÍVEL** interposto por **UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** e **RECURSO DE APELAÇÃO/ADESIVO** interposto por **JOSÉ MARIA DOS SANTOS SILVA**, inconformados com a Sentença prolatada pelo MM. Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial de Belém/PA que, nos autos da **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA E DANO MORAL**, ajuizada pelo segundo recorrente, julgou parcialmente procedente o pleito formulado na exordial.

Em sua inicial (ID. 5865815), narrou o autor que trabalhou na empresa Fábrica de Celulose e Papel da Amazônia S/A – FACEPA de 10/07/1986 a 03/05/2017, onde exercia o cargo de encarregado de caldeira, destacando que apesar de ter se aposentado em 1994, continuou exercendo atividades laborais na empresa supramencionada.

Afirmou que era beneficiário do plano de saúde da requerida, tipo: enfermária nacional, modalidade: coletivo empresarial, contrato n. 1141, com início de vigência em 01/09/2003. De modo que a empresa empregadora realizava o pagamento de R\$ 212,87 (duzentos e doze reais e oitenta e sete centavos) à título de plano de saúde e o autor contribuía com R\$ 1,00 (um real), e que após a rescisão do contrato de trabalho, procurou a requerida para adaptação do plano, fora informado que a mensalidade passaria para o valor aproximado de R\$ 900,00 (novecentos reais), o que seria abusivo.

Pleiteou, assim, pela procedência da exordial para que a requerida fosse condenada a obrigação de fazer de restabelecer o plano de saúde nas mesmas condições que o autor usufruía durante a vigência do contrato de trabalho, bem assim que fosse condenada ao pagamento de indenização por danos morais.

Juntou o autor, documentos aos autos com escopo de subsidiar seu pleito.



Em decisão de ID. 5865824, foi indeferido o pedido liminar formulado pelo autor.

Em contestação (ID. 5865830), arguiu a requerida que inexistiria qualquer ilicitude na sua conduta, destacando que embora os funcionários inativos (demitidos sem justa causa ou aposentados) façam jus a usufruir de plano de saúde, tal fato não implicaria na aplicação dos mesmos preços anteriormente praticados, pugnando, assim, pela improcedência da demanda.

O feito seguiu seu tramite regular até a prolação da sentença (ID. 5865842), que julgou parcialmente procedente a pretensão exordial para condenar a requerida a reestabelecer o autor no plano de saúde, devendo este arcar com a contraprestação mensal de R\$ 773,48 (setecentos e setenta e três reais e quarenta e oito centavos), apenas havendo os reajustes anuais conforme disposições contratuais e legais, indeferindo, outrossim, o pedido de indenização por dano moral.

Condenou, ainda, a requerida ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios no importe de R\$ 1.000,00 (um mil reais).

Inconformada, a requerida UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO interpôs Recurso de Apelação (ID. 5865847).

Alega, preliminarmente, que a sentença testilhada seria nula por ser *extra petita*, visto que a matéria atinente ao reajuste por faixa etária, não faria parte do objeto da ação.

No mérito, aduz que o autor/apelado é vinculada ao contrato firmado entre a FACEPA e a operado de plano de saúde, ora apelante, plano regulamentado pela lei 9.56/1998 e submetido às regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com regramento especial aos contratos coletivos empresariais, existindo previsão de um plano específico para os ex-funcionários, isto é, plano para inativos, atendendo ao previsto na Resolução Normativa nº 279/2011-ANS.

Argui que a previsão de que as operadoras de planos de saúde devem garantir aos inativos as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral, não deve ser confundida com a manutenção do preço da mensalidade.

Sustenta que inexistiria qualquer ilicitude na cobrança de preço diferenciado entre planos de saúde coletivo empresarial de funcionários ativos e inativos.

Arrazoa ser indispensável a observância ao princípio da legalidade e ao princípio da autonomia da vontade, bem assim a separação entre os predicados que regulam o sus e a assistência suplementar à saúde.

Defende, ainda, ser descabida a condenação da apelante ao pagamento das verbas sucumbenciais, visto que teria ocorrido a sucumbência recíproca na demanda.

Pleiteia, assim, pelo provimento do recurso de apelação para que seja anulada a sentença testilhada, ou, alternativamente reformada para que seja julgado improcedente a



demanda exordial.

Por sua vez, o autor JOSÉ MARIA DOS SANTOS SILVA, interpôs Recurso de Apelação/Adesivo (ID. 5865875).

Alega ser assente na jurisprudência pátria a ilegalidade da Resolução 279/2011-ANS, quanto a distinção de preço e forma de reajuste das mensalidades dos planos de saúde dos empregados ativos e inativos.

Argui que a permissão contida no ato normativo viola o princípio da legalidade, já que o comando da agência reguladora não pode se contrapor ao texto legal (art. 31 da Lei 9.656/1998), estabelecido em legítimo processo legislativo.

Sustenta que não possui condições de pagar as mensalidades na forma que lhes são cobradas, o que ensejou seu desligamento do plano, estando há mais de 4 (quatro) anos sem cobertura de seu plano de saúde, o que estaria causando bastante sofrimento e angústia ao autor/apelante, aptos a ensejar o dever de indenizar.

Pugna, assim, pelo provimento do recurso de apelação para que reformada a sentença primeva sejam as pretensões exordiais julgadas procedentes em sua integralidade.

O prazo para a apresentação de contrarrazões pela parte autora, decorreu *in albis* (ID. 5865878).

Em contrarrazões (ID. 6669897), a operadora de plano de saúde requerida, defende o desprovimento do recurso interposto pela parte autora.

O feito foi originariamente distribuído a relatoria do Exmo. Des. Amilcar Roberto Bezerra Guimarães, que se declarou suspeito para julgar a demanda.

Após redistribuição, coube-me a relatoria do feito.

Intimada a se manifestar a Douta Procuradoria de Justiça emitiu parecer elo desprovimento do recurso da operado de plano de saúde requerida e pelo provimento do recurso do autor (ID. 7394609).

É o relatório.

MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

Desembargadora – Relatora



VOTO

JUÍZO DE ADMISSIBILIDADE

Avaliados, preliminarmente, os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pelos recorrentes, tenho-os como regularmente constituídos, bem como atinentes à constituição regular do feito até aqui, razão pela qual conheço dos recursos, passando a proferir voto.

INCIDÊNCIA DO DIREITO INTERTEMPORAL

Precipuamente, em observância as regras de Direito Intertemporal, positivada no art. 14 do Código de Processo Civil de 2015, os recursos em exame serão apreciados sob a égide deste, visto que a vergasta decisão foi publicada já na vigência do Novo Diploma Processual Civil.

ANÁLISE DOS RECURSOS

Considerando que as matérias suscitadas nos recursos em exame se comunicam, serão esses apreciados conjuntamente.

QUESTÕES PRELIMINARES

Considerando a preliminar de sentença *extra petita* suscitada pela operadora de plano de saúde, assenta-se em matéria que se confunde com o mérito da demanda, procederei nessa sede a sua apreciação.

MÉRITO

Cinge-se a controvérsia recursal a definição de quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiário inativo, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

Da Igualdade de Modelo de Pagamento e de Valor de Contribuição entre os Funcionários Ativos e Inativos

Com efeito, o art. 31 da Lei n. 9.656/98 assegura ao aposentado a extensão do contrato de plano de saúde nas mesmas condições de cobertura que usufruía quando funcionário ativo, consoante se depreende *in verbis*:

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o §



1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Acerca da matéria, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp 1.818.487/SP sob o rito dos recursos repetitivos (Tema 1034), visando definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, firmou o seguinte entendimento:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. DIREITO CIVIL. EX-EMPREGADOS APOSENTADOS. PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART. 31 DA LEI N. 9.656/1988. DEFINIÇÃO ACERCA DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS E DE CUSTEIO.

1. Delimitação da controvérsia

Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

2. Teses definidas para os fins do art. 1.036 do CPC/2015

a)"Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial."

b)"O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador."

c)"O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências."

3. Julgamento do caso concreto

a) Inaplicabilidade do art. 30 da Lei n. 9.656/1998, tendo em vista que o prazo de 10 (dez) anos disciplinado no art. 31 do mesmo diploma encontra-se comprovado, decorrendo da somatória de todos os períodos de contribuição envolvendo várias



operadoras de planos de saúde contratadas sucessivamente pelo ex-empregador.

b) Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 não caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, conforme decidido pelo Tribunal de origem, devem encontrar-se vinculados a um único plano de saúde, sem distinções.

c) Acolher as razões recursais com o propósito de modificar o contexto fático-probatório inserido no acórdão recorrido encontra óbice na Súmula n. 7 do STJ.

4. Recurso especial a que se nega provimento.

(STJ - REsp: 1816482 SP 2019/0144247-0, Relator: Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, Data de Julgamento: 09/12/2020, Segunda Seção, Data de Publicação: DJe 01/02/2021). (Grifei).

Conforme se depreende, definiu a Corte da Cidadania que os funcionários ativos e inativos devem ser inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral.

No caso em exame, verifica-se que o autor trabalhou na empresa Fábrica de Celulose e Papel da Amazônia S/A (FACEPA) de 10/07/1986 até 03/05/2017, sendo estabelecido na Cláusula II do Contrato do Plano de Saúde (ID. 5865821), tabelas com valor mensal por faixa etária, o que, se revela regular, demonstrando, entretanto, tratamento diferenciado aos funcionários ativos e inativos.

Nessa hipótese, assiste razão o autor/recorrente quanto a alegação de inobservância pela operadora do plano de saúde do disposto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo ser aplicada a tese firmada pelo Superior Tribunal de Justiça pertinente a necessidade de oferecimento de um tratamento igualitário e paritário entre funcionários ativos e inativos, inclusive quanto ao modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se apenas a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral.

Por conseguinte, entendo que não assiste razão a requerida/apelante quanto as alegações arguidas em seu recurso apelatório, revelando-se, outrossim, prejudicada a alegação de nulidade de sentença por decisão extra petita, face a admissão de diferenciação por faixa etária quando contratada para todos, conforme enfatizado alhures.

Do Dano Moral

Acerca do dano moral, sabe-se que a caracterização do dever de indenizar, condiciona-se,



inafastavelmente, a presença dos elementos ensejadores da responsabilidade civil, quais sejam, o dano, o ato ilícito, e o nexo de causalidade entre ambos.

Noutras palavras, a indenização a título de dano extrapatrimonial, pressupõe a existência de três aspectos indispensáveis: a ilicitude do ato praticado, visto que os atos regulares de direito não ensejam reparação; o dano, ou seja, a efetiva lesão suportada pela vítima e o nexo causal, sendo este a relação entre os dois primeiros, o ato praticado e a lesão experimentada.

Nesse sentido, preleciona a doutrina civilista pátria:

"Consiste a responsabilidade civil na obrigação que tem uma pessoa - devedora - de reparar os danos causados a outra - credora - dentro das forças de seu patrimônio, em decorrência de um ato ilícito ou de uma infração contratual. Visa ela, pois, a recompor o patrimônio do lesado ou compensá-lo pelos danos sofridos, desde que comprovado o nexo causal entre o ato praticado e o prejuízo da vítima".

(FELIPE, Jorge Franklin Alves. *Indenização nas Obrigações por Ato Ilícito*. 2. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, p. 13).

O dano moral, portanto, é lesão que integra os direitos da personalidade, tal como o direito à vida, à liberdade, à intimidade, à privacidade, à honra (reputação), à imagem, à intelectualidade, à integridade física e psíquica, de forma mais ampla a dignidade da pessoa humana.

Nessa esteira, tem-se que configura dano moral aquela lesão que, excedendo à normalidade, interfere intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem-estar.

O diploma cível pátrio estabelece expressamente em seu art. 186, a possibilidade de reparação civil decorrente de ato ilícito, inclusive nas hipóteses em que o dano seja de caráter especificamente moral.

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

No caso em exame, conforme enfatizado pelo *Parquet* em seu parecer, em decorrência da abusividade praticada pela requerida com a cobrança de valores excessivos do plano de saúde, não restou outra alternativa ao autor, a não ser requerer o desligamento do plano, ficando sem assistência do plano de saúde do qual contribuiu por anos, o que, tratando-se de pessoa idosa constitui situação que seguramente extrapola o mero dissabor e, impõe o dever de indenizar.

Outrossim, observando os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, ainda em atenção as peculiaridades do caso em análise, tenho que o *quantum* indenizatório na hipótese deve ser fixado no montante de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), por se revelar o valor adequado,



razoável e proporcional a reparar o dano experimentado.

Destaca-se, ainda, que sobre o valor indenizatório devem incidir juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês a contar da citação, e correção monetária a partir da fixação, nos termos da Súmula 362 do STJ.

Das Verbas Sucumbenciais

Por fim, acerca da distribuição do ônus sucumbenciais, tem-se que ante a reforma parcial da sentença com o acolhimento do pedido indenizatório formulado pelo autor, despicienda revela-se qualquer discussão relativa ao decaimento mínimo ou não deste, senda inconteste que as verbas sucumbenciais devem ser suportadas pela requerida em observância ao princípio da sucumbência.

Destarte, condeno a parte requerida/apelada ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, a teor do art. 85 do CPC.

DISPOSITIVO

Ante o exposto, na esteira do parecer da Douta Procuradoria de Justiça **CONHEÇO** dos Recursos para:

NEGAR PROVIMENTO ao Recurso de Apelação interposto pela requerida Unimed de Belém – Cooperativa de Trabalho Médico.

DAR PROVIMENTO ao Recurso Adesivo interposto pelo autor José Maria dos Santos Silva para condenar a requerida a reestabelecer o autor no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço ofertadas aos funcionários da ativa, inclusive quanto ao modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral; bem como condenar a requerida ao pagamento de danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), com juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês a contar da citação, e correção monetária a partir da fixação; bem assim ao pagamento de custas processuais e dos honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos da fundamentação.

É como voto.

Belém, 08 de fevereiro de 2022.



MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

Desembargadora – Relatora



Assinado eletronicamente por: MARIA DE NAZARE SAAVEDRA GUIMARAES - 16/02/2022 11:06:04

<https://pje-consultas.tjpa.jus.br/pje-1g-consultas/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2202161106039500000007846758>

Número do documento: 2202161106039500000007846758

APELAÇÃO CÍVEL N. 0814102-07.2017.8.14.0301

APELANTE/APELADA: UNIMED DE BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELANTE/APELADO: JOSÉ MARIA DOS SANTOS SILVA

COMARCA DE ORIGEM: BELÉM/PA

RELATORA: DESA. MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

EXPEDIENTE: 2ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

EMENTA

APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA E DANO MORAL – PARCIAL PROCEDÊNCIA – COINCIDÊNCIA DE MATÉRIAS – ANÁLISE CONJUNTA DOS RECURSOS – FUNCIONÁRIO INATIVO – OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE QUE DEVE OFERECER TRATAMENTO IGUALITÁRIO E PARITÁRIO ENTRE FUNCIONÁRIOS ATIVOS E INATIVOS, INCLUSIVE QUANTO AO MODELO DE PAGAMENTO E DE VALOR DE CONTRIBUIÇÃO, ADMITINDO-SE APENAS A DIFERENCIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA SE FOR CONTRATADA PARA TODOS, CABENDO AO INATIVO O CUSTEIO INTEGRAL – ART. 31 DA LEI N. 9.656/1998 – TEMA 1034 DO STJ – CONDUTA ABUSIVA DO PLANO DE SAÚDE – DANO MORAL CONFIGURADO – QUANTUM INDENIZATÓRIO – R\$ 5.000,00 – PRINCÍPIO DA SUCUMBÊNCIA – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – 10% SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO – RECURSO DE APELAÇÃO DA REQUERIDA CONHECIDO E DESPROVIDO – RECURSO ADESIVO DO AUTOR CONHECIDO E PROVIDO.

1 – Cinge-se a controvérsia recursal a definição de quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiário inativo, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

2 – No caso em exame, verifica-se que o autor trabalhou na empresa Fábrica de Celulose e Papel da Amazônia S/A (FACEPA) de 10/07/1986 até 03/05/2017, sendo estabelecido na Cláusula II do Contrato do Plano de Saúde (ID. 5865821), tabelas com valor mensal por faixa etária, o que, se revela regular, demonstrando, entretanto, tratamento diferenciado aos funcionários ativos e inativos.

3 – Hipótese em que assiste razão o autor/recorrente quanto a alegação de inobservância pela operadora do plano de saúde do disposto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo ser aplicada a tese firmada pelo Superior Tribunal de Justiça no julgamento do REsp 1.818.487/SP sob o rito dos recursos repetitivos (Tema 1034), pertinente a necessidade de oferecimento de um tratamento igualitário e paritário entre funcionários ativos e inativos, inclusive quanto ao modelo



de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se apenas a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral.

4 – Por conseguinte, entendo que não assiste razão a requerida/apelante quanto as alegações arguidas em seu recurso apelatório, revelando-se, outrossim, prejudicada a alegação de nulidade de sentença por decisão extra petita, face a admissão de diferenciação por faixa etária quando contratada para todos, conforme enfatizado alhures.

5 – Conforme enfatizado pelo *Parquet* em seu parecer, em decorrência da abusividade praticada pela requerida com a cobrança de valores excessivos do plano de saúde, não restou outra alternativa ao autor, a não ser requerer o desligamento do plano, ficando sem assistência do plano de saúde do qual contribuiu por anos, o que, tratando-se de pessoa idosa constitui situação que seguramente extrapola o mero dissabor e, impõe o dever de indenizar.

6 – Observando os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e, ainda em atenção as peculiaridades do caso em análise, tenho que o *quantum* indenizatório na hipótese deve ser fixado no montante de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), por se revelar o valor adequado, razoável e proporcional a reparar o dano experimentado.

7 – Acerca da distribuição do ônus sucumbenciais, tem-se que ante a reforma parcial da sentença com o acolhimento do pedido indenizatório formulado pelo autor, despicienda revela-se qualquer discussão relativa ao decaimento mínimo ou não deste, senda incontestado que as verbas sucumbenciais devem ser suportadas pela requerida em observância ao princípio da sucumbência.

8 – Recursos **Conhecidos** para:

8.1 – **Negar Provedimento** ao Recurso de Apelação interposto pela requerida Unimed de Belém – Cooperativa de Trabalho Médico.

8.2 – **Dar Provedimento** ao Recurso Adesivo interposto pelo autor José Maria dos Santos Silva para condenar a requerida a reestabelecer o autor no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço ofertadas aos funcionários da ativa, inclusive quanto ao modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral; bem como condenar a requerida ao pagamento de danos morais no importe de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), com juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês a contar da citação, e correção monetária a partir da fixação; bem assim ao pagamento de custas processuais e dos honorários advocatícios no percentual de 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, nos termos da fundamentação.

ACÓRDÃO



Vistos, relatados e discutidos estes autos, onde figuram como partes as acima identificadas, acordam os Excelentíssimos Senhores Desembargadores membros da Colenda 2ª Turma de Direito Privado do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Pará na **Sessão Ordinária realizada em 08 de fevereiro de 2022**, na presença do Exmo. Representante da Doutra Procuradoria de Justiça, por unanimidade de votos, em **CONHECER** e **NEGAR PROVIMENTO** ao **Recurso de Apelação** da requerida e **DAR PROVIMENTO** ao **Recurso Adesivo** do autor, nos termos do voto da **Exma. Desembargadora Relatora Maria de Nazaré Saavedra Guimarães**.

MARIA DE NAZARÉ SAAVEDRA GUIMARÃES

Desembargadora Relatora

