



Número: **0868166-30.2018.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

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

Órgão julgador: **Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES**

Última distribuição : **05/02/2022**

Valor da causa: **R\$ 24.949,70**

Processo referência: **0868166-30.2018.8.14.0301**

Assuntos: **Indenização por Dano Moral, Indenização por Dano Material**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELANTE)		DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)	
ANTONIO CAETANO DE SOUZA FILHO (APELADO)		MAURO AUGUSTO RIOS BRITO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
11209274	27/09/2022 08:49	Acórdão	Acórdão
11080895	27/09/2022 08:49	Relatório	Relatório
11080900	27/09/2022 08:49	Voto do Magistrado	Voto
11080902	27/09/2022 08:49	Ementa	Ementa



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0868166-30.2018.8.14.0301

APELANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

APELADO: ANTONIO CAETANO DE SOUZA FILHO

RELATOR(A): Desembargador LEONARDO DE NORONHA TAVARES

EMENTA

AGRAVO INTERNO CONTRA DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO OPOSTOS EM FACE DE *DECISUM* DE DESPROVIMENTO DO RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1 – Não tendo sido noticiados fatos novos, tampouco deduzidos argumentos suficientemente relevantes ao convencimento em sentido contrário, até porque o Agravo Interno limita-se a reiterar argumentação já deduzida anteriormente nos autos, mantém-se a decisão proferida por seus próprios fundamentos, uma vez, que ausente qualquer inovação na situação fática-jurídica estampada no *decisum* recorrido.

2 - Na hipótese, a decisão monocrática já enfrentou a *quaestio juris arguida*, de forma que, o recurso deve ser desprovido, por uma questão de lógica jurídica da matéria de direito tratada, e, principalmente, em nome da segurança jurídica.

3 - Inexistindo fato novo ou argumento que possa transformar a decisão judicial refutada.

4 - Agravo Interno conhecido e desprovido.

RELATÓRIO



SECRETARIA ÚNICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

COMARCA DE BELÉM/PA

AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL Nº 0868166-30.2018.8.14.0301

AGRAVANTE/ APELANTE: UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

AGRAVADO/APELADO: ANTÔNIO CAETANO DE SOUZA FILHO

RELATOR: DES. LEONARDO DE NORONHA TAVARES

RELATÓRIO

O EXMO SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Trata-se de AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL, interposto por UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra a decisão monocrática, sob o ID n. 9023736, de minha lavra, em que dei parcial provimento ao recurso, conforme ementa, assim, vazada:

“DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO REVISIONAL PLANO DE SAÚDE C/C PEDIDO LIMINAR. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE. PRECEDENTE DO STJ. REQUISITOS EXIGIDOS. NÃO PREENCHIMENTO. ABUSIVIDADE VERIFICADA. COBRANÇA INDEVIDA. DANO MORAL. DESCARACTERIZADO. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

1- O posicionamento do STJ, ao julgar a matéria em hipótese, decidiu, por meio do REsp nº 1568244/RJ, 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”.

2- In casu, não restou presente no Termo Aditivo do Contrato Prima Saúde Referência Pará Plus, as exigências estabelecidas nas normas regulamentadores da ANS, especialmente, no disposto no art. 3º da Resolução n. 63/03 da Agência Nacional da Saúde, demonstrando-se, desse modo, a abusividade do aumento e a necessidade de declaração de sua abusividade.

3- Em relação aos danos morais, estes não são caracterizados pelo simples inadimplemento contratual, devendo restar comprovada a ofensa ao direito de personalidade do autor/apelado, que, inclusive, não demonstrou ter tido prejuízos de ordem extrapatrimonial, considerando que não se trata de dano in re ipsa, e de que lhe incumbia o ônus da prova, na forma do art. 373, I, do CPC.

4- Recurso conhecido e parcialmente provido, monocraticamente, nos termos do art. 932 do CPC/2015 e do art. 133 do RITJE/PA.”



Em suas razões, sob o ID n. 9354127, a agravante relatou brevemente os fatos e circunstâncias que envolvem a contenda.

Sustentou, assim, que inexistiria qualquer irregularidade na aplicação do reajuste por mudança de faixa etária e variação anual de custos, uma vez que somente haveria acréscimo pecuniário decorrente do risco em razão do avanço da idade do autor/agravado, não havendo qualquer tipo de prática abusiva; inclusive, que a parte adversa estaria ciente de que haveria o reajuste na sua mensalidade.

Asseverou que a impugnação específica aos fundamentos da decisão recorrida, proferida pelo magistrado de origem, decorreria da ausência da probabilidade do direito, da impossibilidade da concessão da tutela provisória de urgência, haja vista, o estrito cumprimento do disposto na lei 9.656/1998, na resolução normativa nº 63/2003-ANS e na resolução normativa nº 171/2008-ANS; e, na aplicação subsidiária do *cdc. lex specialis derogat legi generali*, o que autorizaria e possibilitaria o reajuste anual, por variação de custo em contrato de prestação de serviço médico hospitalar; sendo patente a legalidade do reajuste aplicado.

Expôs que tal reajuste seria aplicado uma vez ao ano, no mês de aniversário do contrato, isto é, no mês em que o contrato fora celebrado, e os índices de reajuste anual autorizados pela ANS para planos de saúde individuais ou familiares, contratados a partir de janeiro de 1999.

Alegou que a decisão por ora recorrida estaria em dissonância ao entendimento exarado pelo Superior Tribunal de Justiça (Resp. nº 1568244/RJ, tendo em vista que o STJ reconheceu a legalidade do reajuste por mudança de faixa etária em contratos de plano de saúde). Assim também, citou julgados desta Corte de Justiça.

Em ato contínuo, transcreveu legislação, colacionou gráficos, com a intenção de demonstrar que os parâmetros para a determinação do preço do plano de saúde, bem como dos percentuais de aumento por mudança de faixa etária, seriam de responsabilidade do atuário (profissional qualificado para identificar, analisar, mensurar/quantificar, eventos que possam ter alguma consequência financeira adversa para pessoas ou empresas), que através de um documento específico, seriam apresentados os cálculos e parâmetros atuariais que embasariam a formação do preço, e que tal documento é a Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP, justificativa da formação inicial dos preços dos planos de saúde, que conteria todas as premissas técnicas de cálculo.

Acrescentou que, desse modo, não poderia ser obrigada a deixar de aplicar um reajuste que foi estipulado em lei e em contrato.

Ao final, pugnou pelo conhecimento e provimento do recurso.

Contrarrrazões sob o ID n. 9635882.

É o relatório, pelo que determinei a inclusão do feito em pauta de julgamento (PLENÁRIO VIRTUAL).

VOTO

O EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, conheço do recurso.



Antecipo que a irresignação não merece prosperar.

Ressalto que a parte recorrente nada de novo apresentou para justificar a interposição do atual recurso, e mais, com relação as assertivas e questionamento ofertados na minuta recursal.

Conforme destacado, nas razões deste agravo interno, os argumentos se mantem os mesmos, nada mudou, que possa infirmar a decisão ora combatida, limitando-se, em verdade, a reiterar as razões recursais expostas no Agravo de Instrumento.

Para tanto, até mesmo para evitar a indesejável e desnecessária tautologia, repetição de fundamentos, transcrevo trecho do *decisum*, senão vejamos:

“Ab initio, anoto que a matéria, em exame, já fora enfrentada pela Corte Superior - STJ, em sede de Recurso Repetitivo (REsp n. 1468244/RJ), sob o Tema 932, nos seguintes termos:

‘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 anti-seleção).

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 consubstancia 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 32001 da ANS.

b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 211999 e 31122003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 61998, 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 1º12004, incidem as regras da RN nº [632003](#) 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 CPC2015: 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.'

Cito, ainda, a Resolução Normativa n. 63/2003 da ANS, que preleciona o seguinte:

'Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

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

I - 0 (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.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos. [\(Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011\)](#)

Art 4º Para os planos já registrados na ANS, as alterações definidas nesta Resolução deverão constar das Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, a partir das próximas atualizações anuais.

§1º As atualizações anuais devidas a partir da publicação desta Resolução até 31 de março de 2004 poderão ser apresentadas até 1º de abril de 2004.

§ 2º Até que seja feita a atualização da NTRP prevista neste artigo, deverão ser informados à ANS os percentuais de variação adotados, e eventuais alterações, por meio do aplicativo disponível na internet no endereço www.ans.gov.br, no prazo de 15 dias a contar do primeiro contrato comercializado com a alteração.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004.”



Ainda, nesse contexto, anoto que, considerando a assertiva “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”, os referidos requisitos deverão ser observados no presente caso, com base, evidentemente, também à luz do Código Consumerista.

Assim, verifico que a Lei n. 9.565/98 (Lei dos Planos de Saúde) e a Resolução n. 63/03 da ANS, ainda que permitam a mudança no valor da mensalidade de acordo com a idade do beneficiário, estas devem ser pautadas em critérios objetivos e de prévio conhecimento do consumidor, conforme determina o art. 15 da citada lei, *in verbis*:

“Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177- 44, de 2001). Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177- 44, de 2001).”

Desse modo, *mister* a demonstração, no contrato, além das faixas etárias, os valores e percentuais de reajustes para cada uma delas, conforme determina o art. 3º da Resolução n. 63/03 da ANS, senão vejamos:

“Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas;

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.”

Compulsando os autos, vislumbro que, no Termo de Aditivo do Contrato Prima Saúde Referência Pará Plus (ID n. 8050039), a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas corresponde a 110,368% (15% + 25% + 70,368%) e a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa é de 98,9% (30% + 10% + 9% + 10% + 10% + 29,9%); encontrando-se, portanto, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas, superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas (110,368% e 98,9%, respectivamente), revelando, desse modo, abusivo os valores cobrados pela requerida, de acordo com as normas regulamentares da ANS; ofendendo-se, ademais, os princípios da boa-fé objetiva, da cooperação, da confiança, da lealdade, da proporcionalidade e da razoabilidade; colocando, desse modo, o consumidor em desvantagem excessiva.

A jurisprudência desta Corte de Justiça vem coadunando a esse entendimento:

“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.” (1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO APELAÇÃO N.º 0003445-46.2008.814.0015, Rel. MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Privado, Julgado em 2021-03-08, publicado em 2021-03-15).

“EMENTA PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL. RECORRENTE REPRODUZ OS MESMOS ARGUMENTOS TRAZIDOS NA APELAÇÃO. REPRODUÇÃO DOS FUNDAMENTOS DA DECISÃO MONOCRÁTICA NO JULGAMENTO DO AGRAVO INTERNO. POSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE NULIDADE. ART. 966 DO CPC/2015. AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE, DESDE QUE OBEDECIDOS CERTOS REQUISITOS. PRECEDENTE DO STJ APRECIADO SOB AS REGRAS DOS RECURSOS REPETITIVOS. CASO CONCRETO QUE DEMONSTRA REAJUSTE ABUSIVO. Recurso de Agravo Interno Conhecido e Desprovido.” (1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO. AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL – N.º 0030692-68.2012.8.14.0301, Rel. CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Privado, Julgado em 2020-11-09, Publicado em 2020-12-02).

Dessa forma, o entendimento deste Tribunal de Justiça acerca da possibilidade de reajuste em razão da mudança de faixa etária do consumidor; todavia, que este deve ser balizado pelo critério de razoabilidade e atendendo às condições fixadas pela ANS, na Resolução n. 63/03, como dito anteriormente.

Assim, vislumbro que as razões apresentadas no recurso não são suficientes para a reforma da decisão monocrática ora combatida, pois, devidamente fundamentada em sintonia ao entendimento deste Egrégio Tribunal, bem como o posicionamento consolidado do Colendo STJ.

Como se vê, o agravo interno não pode prosperar pelos próprios fundamentos contidos na decisão combatida. Logo, não merece reparo o *decisum* agravado, por uma questão de lógica jurídica da matéria de direito tratada; e, principalmente, em nome do princípio da segurança jurídica, confirmar a decisão agravada é medida que se impõe.

Ante o exposto, conheço do agravo interno, porém, NEGO-LHE PROVIMENTO para manter a decisão guerreada em todos os seus termos, nos moldes da fundamentação lançada.

Assim é o meu voto.

Belém (PA), 26 de setembro de 2022.



LEONARDO DE NORONHA TAVARES

RELATOR

Belém, 27/09/2022



SECRETARIA ÚNICA DE DIREITO PÚBLICO E PRIVADO

1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO

COMARCA DE BELÉM/PA

AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL Nº 0868166-30.2018.8.14.0301

AGRAVANTE/ APELANTE: UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

AGRAVADO/APELADO: ANTÔNIO CAETANO DE SOUZA FILHO

RELATOR: DES. LEONARDO DE NORONHA TAVARES

RELATÓRIO

O EXMO SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Trata-se de AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL, interposto por UNIMED BELÉM – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra a decisão monocrática, sob o ID n. 9023736, de minha lavra, em que dei parcial provimento ao recurso, conforme ementa, assim, vazada:

“DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO REVISIONAL PLANO DE SAÚDE C/C PEDIDO LIMINAR. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE. PRECEDENTE DO STJ. REQUISITOS EXIGIDOS. NÃO PREENCHIMENTO. ABUSIVIDADE VERIFICADA. COBRANÇA INDEVIDA. DANO MORAL. DESCARACTERIZADO. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO.

1- O posicionamento do STJ, ao julgar a matéria em hipótese, decidiu, por meio do REsp nº 1568244/RJ, 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”.

2- In casu, não restou presente no Termo Aditivo do Contrato Prima Saúde Referência Pará Plus, as exigências estabelecidas nas normas regulamentadores da ANS, especialmente, no disposto no art. 3º da Resolução n. 63/03 da Agência Nacional da Saúde, demonstrando-se, desse modo, a abusividade do aumento e a necessidade de declaração de sua abusividade.

3- Em relação aos danos morais, estes não são caracterizados pelo simples inadimplemento contratual, devendo restar comprovada a ofensa ao direito de personalidade do autor/apelado, que, inclusive, não demonstrou ter tido prejuízos de ordem extrapatrimonial, considerando que não se trata de dano in re ipsa, e de que lhe incumbia o ônus da prova, na forma do art. 373, I, do CPC.

4- Recurso conhecido e parcialmente provido, monocraticamente, nos termos do art. 932 do CPC/2015 e do art. 133 do RITJE/PA.”



Em suas razões, sob o ID n. 9354127, a agravante relatou brevemente os fatos e circunstâncias que envolvem a contenda.

Sustentou, assim, que inexistiria qualquer irregularidade na aplicação do reajuste por mudança de faixa etária e variação anual de custos, uma vez que somente haveria acréscimo pecuniário decorrente do risco em razão do avanço da idade do autor/agravado, não havendo qualquer tipo de prática abusiva; inclusive, que a parte adversa estaria ciente de que haveria o reajuste na sua mensalidade.

Asseverou que a impugnação específica aos fundamentos da decisão recorrida, proferida pelo magistrado de origem, decorreria da ausência da probabilidade do direito, da impossibilidade da concessão da tutela provisória de urgência, haja vista, o estrito cumprimento do disposto na lei 9.656/1998, na resolução normativa nº 63/2003-ANS e na resolução normativa nº 171/2008-ANS; e, na aplicação subsidiária do *cdc. lex specialis derogat legi generali*, o que autorizaria e possibilitaria o reajuste anual, por variação de custo em contrato de prestação de serviço médico hospitalar; sendo patente a legalidade do reajuste aplicado.

Expôs que tal reajuste seria aplicado uma vez ao ano, no mês de aniversário do contrato, isto é, no mês em que o contrato fora celebrado, e os índices de reajuste anual autorizados pela ANS para planos de saúde individuais ou familiares, contratados a partir de janeiro de 1999.

Alegou que a decisão por ora recorrida estaria em dissonância ao entendimento exarado pelo Superior Tribunal de Justiça (Resp. nº 1568244/RJ, tendo em vista que o STJ reconheceu a legalidade do reajuste por mudança de faixa etária em contratos de plano de saúde). Assim também, citou julgados desta Corte de Justiça.

Em ato contínuo, transcreveu legislação, colacionou gráficos, com a intenção de demonstrar que os parâmetros para a determinação do preço do plano de saúde, bem como dos percentuais de aumento por mudança de faixa etária, seriam de responsabilidade do atuário (profissional qualificado para identificar, analisar, mensurar/quantificar, eventos que possam ter alguma consequência financeira adversa para pessoas ou empresas), que através de um documento específico, seriam apresentados os cálculos e parâmetros atuariais que embasariam a formação do preço, e que tal documento é a Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP, justificativa da formação inicial dos preços dos planos de saúde, que conteria todas as premissas técnicas de cálculo.

Acrescentou que, desse modo, não poderia ser obrigada a deixar de aplicar um reajuste que foi estipulado em lei e em contrato.

Ao final, pugnou pelo conhecimento e provimento do recurso.

Contrarrrazões sob o ID n. 9635882.

É o relatório, pelo que determinei a inclusão do feito em pauta de julgamento (PLENÁRIO VIRTUAL).



O EXMO. SR. DESEMBARGADOR LEONARDO DE NORONHA TAVARES (RELATOR):

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, conheço do recurso.

Antecipo que a irresignação não merece prosperar.

Ressalto que a parte recorrente nada de novo apresentou para justificar a interposição do atual recurso, e mais, com relação as assertivas e questionamento ofertados na minuta recursal.

Conforme destacado, nas razões deste agravo interno, os argumentos se mantem os mesmos, nada mudou, que possa infirmar a decisão ora combatida, limitando-se, em verdade, a reiterar as razões recursais expostas no Agravo de Instrumento.

Para tanto, até mesmo para evitar a indesejável e desnecessária tautologia, repetição de fundamentos, transcrevo trecho do *decisum*, senão vejamos:

“Ab initio, anoto que a matéria, em exame, já fora enfrentada pela Corte Superior - STJ, em sede de Recurso Repetitivo (REsp n. 1468244/RJ), sob o Tema 932, nos seguintes termos:

‘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 anti-seleção).

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 469STJ) 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 32001 da ANS.

b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 211999 e 31122003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 61998, 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 1º12004, incidem as regras da RN nº [632003](#) 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 CPC2015: 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.'

Cito, ainda, a Resolução Normativa n. 63/2003 da ANS, que preleciona o seguinte:

'Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

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

- I - 0 (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.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos. [\(Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011\)](#)

Art 4º Para os planos já registrados na ANS, as alterações definidas nesta Resolução deverão constar das Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, a partir das próximas atualizações anuais.

§1º As atualizações anuais devidas a partir da publicação desta Resolução até 31 de março de 2004 poderão ser apresentadas até 1º de abril de 2004.

§ 2º Até que seja feita a atualização da NTRP prevista neste artigo, deverão ser informados à ANS os percentuais de variação adotados, e eventuais alterações, por meio do aplicativo disponível na internet no endereço www.ans.gov.br, no prazo de 15 dias a contar do primeiro



contrato comercializado com a alteração.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004.”

Ainda, nesse contexto, anoto que, considerando a assertiva “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”, os referidos requisitos deverão ser observados no presente caso, com base, evidentemente, também à luz do Código Consumerista.

Assim, verifico que a Lei n. 9.565/98 (Lei dos Planos de Saúde) e a Resolução n. 63/03 da ANS, ainda que permitam a mudança no valor da mensalidade de acordo com a idade do beneficiário, estas devem ser pautadas em critérios objetivos e de prévio conhecimento do consumidor, conforme determina o art. 15 da citada lei, *in verbis*:

“Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177- 44, de 2001). Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, ou sucessores, há mais de dez anos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177- 44, de 2001).”

Desse modo, *mister* a demonstração, no contrato, além das faixas etárias, os valores e percentuais de reajustes para cada uma delas, conforme determina o art. 3º da Resolução n. 63/03 da ANS, senão vejamos:

“Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas;

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.”

Compulsando os autos, vislumbro que, no Termo de Aditivo do Contrato Prima Saúde Referência Pará Plus (ID n. 8050039), a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas corresponde a 110,368% (15% + 25% + 70,368%) e a variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa é de 98,9% (30% + 10% + 9% + 10% + 10% + 29,9%); encontrando-se, portanto, a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas, superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas (110,368% e 98,9%, respectivamente), revelando, desse modo, abusivo os valores cobrados pela requerida, de acordo com as normas regulamentares da ANS; ofendendo-se, ademais, os princípios da boa-fé objetiva, da cooperação, da confiança, da



lealdade, da proporcionalidade e da razoabilidade; colocando, desse modo, o consumidor em desvantagem excessiva.

A jurisprudência desta Corte de Justiça vem coadunando a esse entendimento:

“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.” (1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO APELAÇÃO N.º 0003445-46.2008.814.0015, Rel. MARIA DO CEO MACIEL COUTINHO, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Privado, Julgado em 2021-03-08, publicado em 2021-03-15).

“EMENTA PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL. RECORRENTE REPRODUZ OS MESMOS ARGUMENTOS TRAZIDOS NA APELAÇÃO. REPRODUÇÃO DOS FUNDAMENTOS DA DECISÃO MONOCRÁTICA NO JULGAMENTO DO AGRAVO INTERNO. POSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE NULIDADE. ART. 966 DO CPC/2015. AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE, DESDE QUE OBEDECIDOS CERTOS REQUISITOS. PRECEDENTE DO STJ APRECIADO SOB AS REGRAS DOS RECURSOS REPETITIVOS. CASO CONCRETO QUE DEMONSTRA REAJUSTE ABUSIVO. Recurso de Agravo Interno Conhecido e Desprovido.” (1ª TURMA DE DIREITO PRIVADO. AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL – N.º 0030692-68.2012.8.14.0301, Rel. CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO, Órgão Julgador 1ª Turma de Direito Privado, Julgado em 2020-11-09, Publicado em 2020-12-02).

Dessa forma, o entendimento deste Tribunal de Justiça acerca da possibilidade de reajuste em razão da mudança de faixa etária do consumidor; todavia, que este deve ser balizado pelo critério de razoabilidade e atendendo às condições fixadas pela ANS, na Resolução n. 63/03, como dito anteriormente.

Assim, vislumbro que as razões apresentadas no recurso não são suficientes para a reforma da decisão monocrática ora combatida, pois, devidamente fundamentada em sintonia ao entendimento deste Egrégio Tribunal, bem como o posicionamento consolidado do Colendo STJ.

Como se vê, o agravo interno não pode prosperar pelos próprios fundamentos contidos na decisão combatida. Logo, não merece reparo o *decisum* agravado, por uma questão de lógica jurídica da matéria de direito tratada; e, principalmente, em nome do princípio da segurança jurídica, confirmar a decisão agravada é medida que se impõe.



Ante o exposto, conheço do agravo interno, porém, NEGO-LHE PROVIMENTO para manter a decisão guerreada em todos os seus termos, nos moldes da fundamentação lançada.

Assim é o meu voto.

Belém (PA), 26 de setembro de 2022.

LEONARDO DE NORONHA TAVARES

RELATOR



AGRAVO INTERNO CONTRA DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO OPOSTOS EM FACE DE *DECISUM* DE DESPROVIMENTO DO RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1 – Não tendo sido noticiados fatos novos, tampouco deduzidos argumentos suficientemente relevantes ao convencimento em sentido contrário, até porque o Agravo Interno limita-se a reiterar argumentação já deduzida anteriormente nos autos, mantém-se a decisão proferida por seus próprios fundamentos, uma vez, que ausente qualquer inovação na situação fática-jurídica estampada no *decisum* recorrido.

2 - Na hipótese, a decisão monocrática já enfrentou a *quaestio juris arguida*, de forma que, o recurso deve ser desprovido, por uma questão de lógica jurídica da matéria de direito tratada, e, principalmente, em nome da segurança jurídica.

3 - Inexistindo fato novo ou argumento que possa transformar a decisão judicial refutada.

4 - Agravo Interno conhecido e desprovido.

