



13/06/2025

Número: **0827577-25.2020.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

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

Órgão julgador: **Desembargadora LUANA DE NAZARETH AMARAL HENRIQUES SANTALICES**

Última distribuição : **14/09/2023**

Valor da causa: **R\$ 95.697,66**

Processo referência: **0827577-25.2020.8.14.0301**

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

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (APELANTE)	ARTHUR LAERCIO HOMCI DA COSTA SILVA (ADVOGADO) LUCCA DARWICH MENDES (ADVOGADO) DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
CONCEICAO MENDES PEREIRA (APELADO)	CAMILLA BARBOSA FIGUEIREDO (ADVOGADO) RAFAEL DIAS CARNEIRO (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
27580100	12/06/2025 14:17	Acórdão	Acórdão

APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0827577-25.2020.8.14.0301

APELANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

APELADO: CONCEICAO MENDES PEREIRA

RELATOR(A): Desembargadora LUANA DE NAZARETH AMARAL HENRIQUES SANTALICES

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE ABUSIVO POR FAIXA ETÁRIA. CONSUMIDORA IDOSA. INOBSERVÂNCIA DAS NORMAS DA ANS. REPETIÇÃO DO INDÉBITO. CABÍVEL. DANO MORAL CONFIGURADO. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME: Agravo Interno interposto contra decisão monocrática que negou provimento à Apelação Cível e manteve a sentença de procedência em ação revisional de cláusula contratual cumulada com indenização por danos materiais e morais, proposta por consumidora idosa, em razão de reajustes abusivos no plano de saúde.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO: Verificar a legalidade dos reajustes aplicados por faixa etária, à luz da legislação consumerista e das normas da ANS, bem como analisar a ocorrência de danos materiais e morais e o cabimento da repetição do indébito em dobro.

III. RAZÕES DE DECIDIR

III.1- Reconhecida a natureza consumerista da relação jurídica (arts. 2º e 3º do CDC), com aplicação da Súmula n.º 469 do STJ.

III.2- Reajustes por faixa etária devem observar os requisitos fixados no Tema 952 do STJ: previsão contratual expressa, respeito às normas da ANS e ausência de percentuais desarrazoados ou discriminatórios.

III.3- No caso concreto, o reajuste aplicado (138% na última faixa etária) excede o limite de seis vezes o valor da primeira faixa etária, em flagrante violação à Resolução ANS nº 63/2003, art. 3º, I.

III.4- Configurada a cobrança indevida, é devida a restituição em dobro dos valores pagos, nos termos do art. 42, parágrafo único, do CDC, não tendo a recorrente demonstrado engano



justificável (AgRg no REsp 1.275.775/MS, STJ).

III.5- Dano moral configurado, diante da conduta abusiva da operadora, gerando sofrimento e insegurança à consumidora idosa, conforme preconizam o art. 6º, VI, do CDC e o art. 186 do CC.

IV. DISPOSITIVO E TESE: Agravo Interno **CONHECIDO** e **IMPROVIDO**.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Desembargadores membros da 2ª Turma de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, em Sessão Ordinária no Plenário Virtual, por unanimidade de votos, em **CONHECER** do recurso e **NEGAR-LHE PROVIMENTO**, mantendo *in totum* a Decisão Monocrática vergastada, nos termos do voto da Relatora.

Belém, datado e assinado digitalmente.

LUANA DE NAZARETH A. H. SANTALICES

Desembargadora Relatora

RELATÓRIO

Trata-se de recurso de **AGRAVO INTERNO** interposto por **UNIMED BELÉM -COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, contra Decisão Monocrática que, em sede de **APELAÇÃO CÍVEL**, negou provimento ao recurso da operadora de plano de saúde, nos seguintes termos *in verbis* (Num. 22272318):

“Ante o exposto, CONHEÇO do recurso de Apelação interposto e NEGO-LHE PROVIMENTO, para manter in totum a sentença recorrida, conforme fundamentação alhures.

Por fim, em razão do improvimento recursal, majoro os honorários advocatícios sucumbenciais, para 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, com fulcro no art. 85, § 11, do CPC.”.

A decisão monocrática recorrida manteve a sentença de primeiro grau que reconheceu a abusividade dos reajustes praticados no contrato de plano de saúde da parte recorrida, ora agravada, bem como condenou a recorrente ao pagamento de indenização por danos materiais e danos morais no valor de R\$ 5.000,00, além de honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor da condenação.



No Agravo Interno interposto (Num. 22676329), a UNIMED aduz, em síntese, que os reajustes praticados foram legítimos e previstos contratualmente, amparados nos percentuais autorizados pela ANS e no Tema 952 do STJ, que reconhece a legalidade de reajustes por faixa etária, desde que previstos contratualmente.

Ademais, afirma que não restou demonstrado o abalo moral experimentado pela parte agravada, motivo pelo qual seria indevida a indenização por danos morais. Ao final, pugna pela reforma da decisão monocrática para que seja provido o recurso de apelação, reformando-se a sentença em sua integralidade.

Em contrarrazões (Num. 22996553), a agravada sustenta a manifesta abusividade dos reajustes, que extrapolaram os limites fixados pela ANS, e ainda, a condição de vulnerabilidade da consumidora idosa, que se viu obrigada a arcar com valores exorbitantes para manter o plano de saúde. Ao final, requer o desprovemento do agravo interno, para manutenção da Decisão Monocrática agravada.

É o relatório que encaminho para inclusão no Plenário Virtual.

Belém, datado e assinado digitalmente.

LUANA DE NAZARETH A. H. SANTALICES

Desembargadora Relatora

VOTO

Cumpre-se analisar inicialmente a presença dos pressupostos de admissibilidade recursal intrínsecos e extrínsecos. E, por estarem presentes, conheço do recurso, passando a examiná-lo.

A matéria devolvida a este colegiado restringe-se à análise da legitimidade dos reajustes praticados pela recorrente nos contratos de plano de saúde da recorrida, bem como à existência de danos morais e materiais.

Pois bem.

Ao apreciar a controvérsia, de início, impõe-se reconhecer que a relação jurídica estabelecida entre as partes possui inequívoca natureza consumerista, uma vez que a parte apelada se enquadra como destinatária final dos serviços contratados, nos termos do art. 2º do Código de Defesa do Consumidor, enquanto a parte apelante figura como fornecedora de serviços, consoante preceitua o art. 3º do mesmo diploma legal.

Nessa linha de compreensão, é oportuno destacar a orientação consolidada na Súmula nº 469 do Superior Tribunal de Justiça, a qual estabelece de forma categórica: ***“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.”***

No que concerne à controvérsia sobre a legitimidade dos reajustes por faixa etária nos contratos de assistência à saúde, o Superior Tribunal de Justiça já firmou entendimento no julgamento do



Reconhece-se a validade de tais reajustes, desde que observados cumulativamente os seguintes requisitos: a) Existência de previsão expressa no contrato; b) Respeito às normas e limites fixados pelos órgãos reguladores competentes; e c) Ausência de caráter excessivo ou desproporcional nas majorações aplicadas.

A propósito, colaciona-se a ementa do referido julgado, in verbis:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. LEGALIDADE. ÚLTIMO GRUPO DE RISCO. PERCENTUAL DE REAJUSTE. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS. ABUSIVIDADE. NÃO CARACTERIZAÇÃO. EQUILÍBRIO FINANCEIRO-ATUARIAL DO CONTRATO.

1. A variação das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde em razão da idade do usuário deverá estar prevista no contrato, de forma clara, bem como todos os grupos etários e os percentuais de reajuste correspondentes, sob pena de não ser aplicada (arts. 15, caput, e 16, IV, da Lei nº 9.656/1998).

2. A cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária do beneficiário encontra fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos.

3. Os gastos de tratamento médico-hospitalar de pessoas idosas são geralmente mais altos do que os de pessoas mais jovens, isto é, o risco assistencial varia consideravelmente em função da idade. Com vistas a obter maior equilíbrio financeiro ao plano de saúde, foram estabelecidos preços fracionados em grupos etários a fim de que tanto os jovens quanto os de idade mais avançada paguem um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de atenção à saúde.

4. Para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, a forçar que os de mais tenra idade suportassem parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do community rating modificado).

5. As mensalidades dos mais jovens, apesar de proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente, sob pena de o negócio perder a atratividade para eles, o que colocaria em colapso todo o sistema de saúde suplementar em virtude do fenômeno da seleção adversa (ou antisseleção).

6. A norma do art. 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003, que veda "a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade", apenas inibe o reajuste que consubstanciar discriminação desproporcional ao idoso, ou seja, aquele sem pertinência alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato.

7. Para evitar abusividades (Súmula nº 469/STJ) nos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, alguns parâmetros devem ser observados, tais como (i) a expressa previsão contratual; (ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e as cláusulas gerais da boa-fé objetiva e da especial proteção ao idoso, dado que aumentos



excessivamente elevados, sobretudo para esta última categoria, poderão, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e (iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais:

a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS.

b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 6/1998, a qual determina a observância de 7 (sete) faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos), não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos.

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

8. A abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde por inserção do usuário em nova faixa de risco, sobretudo de participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto. Tal reajuste será adequado e razoável sempre que o percentual de majoração for justificado atuarialmente, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa comumente o lucro, o qual não pode ser predatório, haja vista a natureza da atividade econômica explorada: serviço público impróprio ou atividade privada regulamentada, complementar, no caso, ao Serviço Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado.

9. Se for reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde em virtude da alteração de faixa etária do usuário, para não haver desequilíbrio contratual, faz-se necessária, nos termos do art. 51, § 2º, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença.

10. TESE para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso. (...)

12. Recurso especial não provido.

(REsp 1568244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/12/2016, DJe 19/12/2016) (Grifei)



Nesse cenário, no que tange à análise da legalidade do reajuste etário aplicado pela recorrente no percentual de 138% (cento e trinta e oito por cento) na última faixa-etária, ao completar 60 anos, constata-se de fato se mostra abusivo.

Verifica-se que o referido reajuste, à luz do contrato acostado aos autos, não se revela legítimo. Explico.

Coo dito, o Superior Tribunal de Justiça, ao enfrentar a matéria no julgamento do REsp nº 1.568.244/RJ (Tema 952 dos recursos repetitivos), firmou entendimento no sentido de que a aplicação de reajustes por mudança de faixa etária é admitida apenas quando observados, de forma concomitante, os pressupostos acima citados.

Tais critérios devem ser aferidos sob a ótica da razoabilidade, sempre em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução nº 63/2003 da ANS, a qual fixa os parâmetros para a adoção de variação de preços por faixa etária nos contratos de planos privados de assistência à saúde.

Destaca-se, por pertinente, o disposto na referida Resolução nº 63/2003 da ANS:

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)

No caso concreto a autora/apelada/agravada é beneficiária de plano de saúde, sendo a proposta de admissão (Num. 10913301), o único documento com assinatura da consumidora, onde sequer consta qualquer previsão expressa de reajuste por faixa-etária.

Sabe-se, que respeitadas as condições estabelecidas pela agência reguladora, os planos de



saúde estão autorizados a fixar percentuais de aumento da mensalidade em cada mudança de faixa etária, devendo ser observada a norma vigente quando da contratação.

Ademais, ainda que se considere o contrato juntado pela operadora de plano de saúde (Num. 10913371), sem assinatura da beneficiária, mesmo assim, este estabelece 06 faixas etárias, com os percentuais de aumento.

Destarte, na hipótese, o reajuste de 138% para a faixa de 60 anos ou mais, descumpre o parâmetro estabelecido no Tema n.º 952 do STJ e Resolução da ANS, na medida em que o valor fixado para a última faixa etária (138%) é superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária ($18\% \times 6 = 108\%$), violando, expressamente, o comando do art. 3º inciso I, da Resolução n.º 63/2003 da ANS.

Assim, a aplicação da tese fixada em sede de recurso repetitivo encerra a efetiva controvérsia remanescente na relação processual, não se concebe solução outra que não a reforma da sentença, para declarar a abusividade do aumento.

Ademais, reconhecida a abusividade na cobrança dos valores, impõe-se a manutenção da condenação da ré à restituição dos valores pagos indevidamente, a título de repetição do indébito.

Sobre o tema, o Superior Tribunal de Justiça já consolidou entendimento no sentido de que a devolução em dobro não exige, como requisito, a demonstração de dolo ou má-fé por parte do fornecedor. Apenas nos casos em que restar comprovado engano justificável, admite-se a devolução simples, incumbindo ao fornecedor a prova cabal dessa circunstância.

No caso em exame, além de se constatar a cobrança indevida, não se vislumbra qualquer elemento que comprove a ocorrência de erro justificável por parte da ré. Ao contrário, a recorrente persiste na tese de que o percentual de reajuste aplicado seria legítimo, afastando, por completo, a possibilidade de se reconhecer equívoco involuntário.

Diante desse contexto, incide, de forma impositiva, a norma prevista no art. 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor. Deve, portanto, ser reconhecido o direito da parte autora à devolução em dobro dos valores indevidamente pagos.

No que concerne ao pedido de indenização por danos morais, observa-se pela análise dos autos, que a cobrança abusiva causou inegável prejuízo ao autor, pessoa idosa e dependente do plano de saúde, que foi obrigada a buscar auxílio financeiro para arcar com as mensalidades reajustadas em percentuais claramente excessivos.

A conduta da apelada, ao aplicar aumentos desproporcionais e sem justificativa legal, configura uma falha na prestação do serviço, suficiente para caracterizar o dano moral, conforme preconiza o art. 6º, inciso VI, do Código de Defesa do Consumidor, e o art. 186 do Código Civil.

É pacífico o entendimento de que a cobrança indevida em serviços de saúde, especialmente em casos que envolvem a vulnerabilidade de idosos, fere a dignidade do consumidor, gerando sofrimento e insegurança.



Desse modo, pertinente a condenação da apelada à indenização por danos morais, fixada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), por entender razoável e proporcional, considerando-se a gravidade dos transtornos causados.

Não há que se falar em enriquecimento ilícito, mas sim em reparação pela angústia imposta ao apelante, que tem como finalidade preservar a função punitiva e pedagógica da indenização.

Diante do exposto, analisando todos os aspectos trazidos na presente demanda, **CONHEÇO** do recurso de Agravo Interno interposto e **NEGO-LHE PROVIMENTO**, mantendo *in totum* a Decisão Monocrática objurgada, nos termos do voto alhures.

Advirto as partes, com base no art. 6º do CPC, que a matéria foi analisada com base nas alegações pertinentes à análise do caso, pois o juiz não está obrigado a responder todas as alegações das partes, quando já tenha encontrado motivo suficiente para fundamentar a decisão, nem se obriga a ater-se aos fundamentos indicados por elas e tampouco responder um a um todos os seus argumentos, motivo pelo qual, eventuais embargos de declaração poderão ser considerados protelatórios, sujeitando-se as partes à eventual condenação ao pagamento da multa prevista no art. 1.026, § 2º, do CPC.

É o voto.

Belém, datado e assinado digitalmente.

LUANA DE NAZARETH A. H. SANTALICES

Desembargadora Relatora

Belém, 12/06/2025

