



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

PROCESSO Nº 0004816-05.2016.8.14.0000
ÓRGÃO JULGADOR: 3ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA
RECURSO: AGRAVO DE INSTRUMENTO
COMARCA: BELÉM (2.ª VARA CÍVEL E EMPRESARIAL)
AGRAVANTE: CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CAPESESP (ADVOGADO: RAFAEL SALEK RUIZ)
AGRAVADO: FRANCISCO PEREIRA DA SILVA (ADVOGADA: PATRÍCIA CAVALEIRO MONTEIRO)
RELATORA: DESA. NADJA NARA COBRA MEDA

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA INAUDITA ALTERA PARS. CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CAPESESP. DO RISCO DE DANO IRREPARÁVEL ADVINDOS DA APLICAÇÃO DA REVELIA. NÃO CABIMENTO. ABSOLUTAMENTE CORRETA A DECISÃO OBJURGADA QUE CONSIDEROU INTEMPESTIVA A CONTESTAÇÃO INTERPOSTA EM 18/07/2014, UMA VEZ QUE, A JUNTADA AOS AUTOS DO MANDADO DE CITAÇÃO CUMPRIDO POR OFICIAL DE JUSTIÇA E JUNTADO AOS AUTOS EM 02/05/2014. INSURGÊNCIA SOBRE O SOBRESTAMENTO DO AUMENTO NO VALOR DA MENSALIDADE NÃO CABIMENTO. AUMENTO APARENTEMENTE EXORBITANTE E SEM MOTIVAÇÃO SUFICIENTE. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. DECISÃO UNÂNIME.

1. Conforme dispões o art. 214, incisos I e II do CPC/1973, no rito ordinário, a contestação é apresentada no prazo de 15 (quinze) dias da data da juntada aos autos do mandado de citação cumprido.
2. . Assim, com a juntada do mandado cumprido ocorreu em 02/05/2014, temos por correta a decisão do juízo a quo que considerou intempestiva a contestação interposta em 18/07/2014.apresentada
3. Também não tem amparo legal a insurgência sobre o sobrestamento do aumento no valor da mensalidade, uma vez que, a priori, a elevação no valor das mensalidades mostra-se não condizente com um reajuste razoável, de vez que não restou demonstrado, de maneira contundente, a sua motivação.
4. Recurso conhecido e improvido. Decisão unânime.

ACÓRDÃO.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos de agravo de instrumento,

ACORDAM os Exmos. Desembargadores que integram a egrégia 3ª Câmara Cível Isolada do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, à unanimidade de votos, conhecer do recurso e negar provimento, nos termos do voto da relatora.

Sala das Sessões do Tribunal de Justiça do Estado do Pará, aos dezoito dias do mês de agosto de 2016.



Este julgamento foi presidido pela Exma. Sra. Desembargadora Maria Filomena de Almeida Buarque.

Belém (PA), 18 de agosto de 2016.

Desembargadora NADJA NARA COBRA MEDA.
Relatora

RELATÓRIO

Tratam os presentes autos de AGRAVO DE INSTRUMENTO, COM PEDIDO EFEITO SUSPENSIVO, interposto pela CAIXA DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – CAPESESP contra decisão interlocutória proferida pelo MM. Juízo da 2.ª Vara Cível de Belém, nos autos de Ação de Cancelamento de Reajuste Abusivo de Plano de Saúde com Restituição c/c Revisional de Contrato de Plano de Saúde cumulada com Indenização de Danos Morais (Processo n. 0016860-94.2014.8.14.0301), movida por FRANCISCO PEREIRA DA SILVA.

Primeiramente, requer o agravante que as publicações e intimações relativas ao presente sejam realizadas exclusivamente em nome do advogado, Rafael Salek Ruiz, inscrito na OAB/RJ sob o nº 94.228, com endereço profissional situado na Av. Marechal Câmara nº 160 – 6º e 7º andares – Ed. Le Bourget – Centro Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20.020-080.

No mérito, o agravante se insurge contra a decisão de piso que decretou a revelia do Agravante, bem como, concedeu a antecipação de tutela ao agravado determinando o cancelamento do reajuste na parcela mensal referente ao plano de saúde do autor, arbitrando multa diária de R\$ 1.000,00 (um mil reais) até o limite total de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) em caso de descumprimento.



Alude que em se tratando de entidade fechada de previdência complementar, sem finalidade lucrativa, que atua como operadora de plano de saúde na modalidade de autogestão, suas atividades são desenvolvidas mediante a administração dos recursos advindos dos beneficiários e das patrocinadoras, de modo a proporcionar aos usuários do plano o atendimento assistência à saúde e, por essa, razão, a Agravante certamente não terá condições de honrar com seus compromissos, deixando sem cobertura um universo aproximado de cento e vinte mil vidas.

Revela que o novo plano (CAPESAÚDE), para o qual migrou o ora agravado, estabelece uma nova forma de custeio, considerando para fixação do valor mensal das contraprestações a faixa salarial do associado; a idade do associado de acordo com as faixas etárias previstas na Resolução Normativa 63/03 e os reajustes anuais por variação de custos comunicados à ANS e, como trata-se de plano de saúde na modalidade coletiva empresarial, o responsável pelo contrato ou convênio é o Conselho Deliberativo, conforme disposto no artigo 2º, inciso II, alínea a, item 3 da Resolução Normativa nº 254/11.

Assevera que a situação implementada não se trata de reajuste do plano assistencial, mas sim como nova forma de custeio no plano CAPESAÚDE, para atingir o nível de equilíbrio econômico-financeiro necessário à sustentabilidade do plano assistencial.

Argumenta, com relação a decretação da revelia, que o juízo de piso, ao desconsiderar a contestação apresentada às fls. 38 e seguintes, não acatou como oficiais as informações veiculadas no sítio eletrônico do TJPA.

Aduz que o d. juízo de 1º grau, também desconsiderou o inciso IV do art. 345 do CPC de 2015, que versa sobre a hipótese de que a revelia não produzirá os efeitos mencionados no art. 344, quando as alegações fáticas apresentadas pelo demandante soarem inverossímeis ou quando estiverem em contradição com as provas constantes dos autos.

Ressalta que a decisão não merece subsistir porque passível de prejudicar a massa de associados da agravante, além de salientar a inexistência dos requisitos autorizadores para a concessão.

Ante esses argumentos, requer a concessão do efeito suspensivo, visando suspender os efeitos da decisão que decretou a revelia da Agravante, bem como, o sobrestamento da decisão recorrida até o julgamento final do recurso, com fundamento no inciso I do artigo 1019 do Código de Processo Civil de 2015.

Juntou documentos de fls. 42/556.

Às fls. 557 os autos foram distribuídos a minha relatoria e, nessa condição, proferi a decisão interlocutória de fls. 559/564-v, indeferindo o efeito suspensivo requerido.

É o sucinto relatório.

O agravado apresentou contrarrazões às fls. 571/578, aduzindo que o fundado receio de dano irreparável e de difícil reparação milita em favor do Autor/Agravado e não do Agravante.

Ressalta que encontra-se presente os requisitos autorizadores da tutela, uma vez que o reajuste da mensalidade foi abusivo, passando de R\$ 335,25 (trezentos e trinta e cinco reais e vinte e cinco centavos) no ano de 2013, para R\$ 809,46 (oitocentos e nove reais e quarenta e cinco e seis centavos) no ano de 2014



Assevera que a decretação pelo juízo de primeiro grau da revelia foi acertada, uma vez que, no caso dos autos, a sua citação foi efetivada por oficial de justiça. E juntada aos autos em data de 02/05/2014 e, o Agravante apresentou sua contestação somente em 18/07/2014, totalmente intempestiva, a rigor do disciplinado no art. 241, Inciso I e II do CPC/1973. Ao final, requer a manutenção, na íntegra da decisão agravada.

VOTO

Trata-se, como já relatado, de agravo de instrumento em face de decisão interlocutória que decretou a revelia da Agravante, bem como, deferiu a tutela provisória para o cancelamento da nova forma de custeio do plano de saúde.

Ab initio, considerando o enunciado administrativo nº 02 do Supremo Tribunal de Justiça, o qual aduz que no que tange aos recursos interpostos com fundamentação no Código de Processo Civil de 1973, relativos a decisões publicadas até 17 de março de 2016, estes devem ser exigidos os requisitos de admissibilidade na forma nele prevista, com as interpretações dadas, até então, pela jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça. Nesta esteira, passo a apreciar o presente recurso.

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal, conheço do recurso, pelo que passo a apreciá-lo

Como sabido, de acordo com a redação do art. 273, caput, e incisos I e II do CPC, para a concessão da tutela antecipada mostra-se indispensável a presença de dois requisitos, quais sejam, o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora*.

A propósito, transcrevo lição de Teori Albino Zavascki, in *Antecipação da Tutela*, 3ª ed., Saraiva, São Paulo/SP, 2000, pp. 75/77, que assim dispõe:

Estabeleceu o legislador, como pressupostos genéricos, indispensáveis a qualquer das espécies de antecipação da tutela, que haja (a) prova inequívoca e (b) verossimilhança da alegação. O *fumus boni iuris* deverá estar, portanto, especialmente qualificado: exige-se que os fatos, examinados com base na prova já carreada, possam ser tidos como fatos certos. (...) a antecipação da tutela de mérito supõe verossimilhança quanto ao fundamento de direito, que decorre de (relativa) certeza quanto à veracidade dos fatos.

(...) a referência a prova inequívoca deve ser interpretada no contexto do relativismo próprio do sistema de provas (...). Assim, o que a lei exige não é, certamente, prova de verdade absoluta – que sempre será relativa, mesmo quando concluída a instrução –, mas uma prova robusta, que, embora no âmbito de cognição sumária, aproxime, em segunda medida, o juízo de probabilidade do juízo de verdade.

(...).

Aos pressupostos concorrentes acima referidos, deve estar agregado, sempre, pelo menos um dos seguintes pressupostos alternativos: (a) o receio de dano irreparável ou de difícil reparação (inciso I) ou (b) o abuso do direito de defesa ou manifesto propósito protelatório do réu (inciso II).

Aos pressupostos acima referidos, deve estar agregado, o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ao demandante com presumível direito violado ou ameaçado de lesão.

No entendimento do processualista Elpídio Donizetti, in verbis:

Prova inequívoca entende-se por prova suficiente para levar o juiz a acreditar que a parte é titular do direito material disputado. Trata-se de um juízo provisório.



Basta que, no momento da análise do pedido de antecipação, todos os elementos convirjam no sentido de aparentar a probabilidade das alegações. Pouco importa se, posteriormente, no julgamento final, após o contraditório, a convicção seja outra. Para a concessão da tutela antecipada, não se exige que da prova surja a certeza das alegações, contentando-se com a verossimilhança delas, isto é, a aparência da verdade. A verossimilhança guarda relação com a plausibilidade do direito invocado, com o *fumus boni iuris*. Entretanto, na antecipação de tutela, exatamente porque se antecipam os efeitos da decisão de mérito, exige-se mais do que a fumaça: Exige-se a verossimilhança, a aparência do direito. NUNES, Elpídio Donizetti. Curso Didático de Direito Processual Civil. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

Estabelecidos, pois, os limites possíveis de apreciação judicial nesta fase de cognição sumária, passo ao exame dos requisitos mencionados.

De plano, verifico não assistir razão ao agravante, neste momento. Vejamos..

- Com relação a decisão de piso que decretou a revelia do Agravante verifico que o mesmo foi citado/intimado por oficial de justiça (fls. 427), devidamente recebido em data de 29/04/2014 pela Sra. Ana Lúcia Leal de Oliveira, Assistente Administrativo Regional da CAPESESP/PA (fls. 427) bem como, às fls. 426, em data de 02/05/2014, temos a devolução e juntada do mandado cumprido.

Conforme dispõe o art. 241, I e II do CPC, no rito ordinário, a contestação é apresentada no prazo de 15 (quinze) dias da data da juntada aos autos do mandado de citação cumprido.

Ressalto, ainda, que não tem procedência o argumento do Agravante de que não houve inserção da juntada do mandado na página eletrônica do Tribunal, pois é de conhecimento de todos, que as informações eletrônicas são meramente informativas, já que, na hipótese em julgamento, não se trata de processo virtual como, por exemplo, o PROJUDI.

Assim exposto, como o Agravado apresentou sua contestação somente em data de 18/07/2014, e como resta cristalina a intempestividade na apresentação da contestação, entendo que, a priori a decisão do juiz de 1º grau que decretou a revelia da empresa demandada, deverá ser mantida.

- Quanto a outra argumentação exposta pelo agravante para desconstituir a decisão de 1.º grau que concedeu a tutela antecipada aos agravados concernente a prestação de assistência médicas mediante pagamento de mensalidade em valor anterior ao reajuste firmado pela agravante, numa análise prefacial dos autos, constato que menos razão assiste ao Agravante. No presente caso, não se vislumbra plausibilidade na pretensão do agravante, de modo que a elevação unilateral no valor das mensalidades cobradas aos agravados, pela entidade que administra o plano de saúde de servidores da FUNASA mostra-se, aparentemente, não condizentes com um reajuste razoável, de vez que não restou demonstrado, de maneira contundente, a motivação pela qual houve um acréscimo tão expressivo na assistência médica ao agravado Francisco Pereira da Silva, na medida em que o autor recolhia em dezembro de 2013 a quantia de R\$ 335, 25 (trezentos e tinta e cinco reais e vinte e cinco centavos) e em janeiro de 2014, passou a recolher R\$ 809,46 (oitocentos e nove reais e quarenta e seis centavos).

A propósito, vale citar decisão monocrática proveniente do Superior Tribunal de Justiça a respeito do tema em discussão:



AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 269.272 - RS (2012/0264125-0) RELATOR: MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA AGRAVANTE: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL

ADVOGADO: RICARDO QUADROS CASTRO E OUTRO(S)

AGRAVADO: ÊNIO SILVEIRA MADRUGA ADVOGADOS : CLAUDIO VINICIUS TESAINER BONATTO MAURÍCIO MEDEIROS ROLIM E OUTRO(S)

DECISÃO

Trata-se de agravo interposto por Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - Cassi contra decisão que inadmitiu recurso especial fundamentado nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional.

O apelo nobre desafia acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul assim ementado:

"APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AUMENTO DA MENSALIDADE. FAIXA ETÁRIA. APLICAÇÃO DA LEI 9656/98. NULIDADE DA CLÁUSULA. RESTITUIÇÃO SIMPLES DOS VALORES PAGOS A MAIOR. PRESCRIÇÃO TRIENAL. PREQUESTIONAMENTO.

1. Omissis.

2. Aplicável o Código de Defesa do Consumidor, por se tratar de relação de consumo, bem como o Estatuto do Idoso. O Judiciário deve aplicar a equidade, buscando equilibrar a relação mantida entre beneficiário e operadora do plano de saúde, considerando, assim, o histórico da relação, por meio da qual o consumidor contribuiu muitos anos mediante pouca utilização.

3. Omissis;

PRESCRIÇÃO TRIENAL RECONHECIDA DE OFÍCIO. APELO DESPROVIDO" (fl. 173).

No especial, a recorrente alega, além de divergência jurisprudencial, violação dos arts. 39 e 51 do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

Sustenta, em síntese, que a legislação consumerista não se aplica às operadoras de plano de saúde de autogestão.

Aduz também que é válida a cláusula contratual de plano de saúde que atrela o reajuste do valor da mensalidade à mudança de faixa etária do participante. Acrescenta também que o aumento praticado não é abusivo e que não incide na espécie o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), pois o contrato é anterior à vigência desse instrumento normativo.

Oferecidas as contrarrazões, o recurso foi inadmitido na origem.

Daí o presente agravo, no qual se busca o processamento do apelo nobre.

É o relatório.

DECIDO.

Ultrapassados os pressupostos de admissibilidade do agravo, passa-se ao exame do especial.

Sem razão a recorrente.

De início, no tocante à alegação de inaplicabilidade do CDC às operadoras de plano de saúde de autogestão, verifica-se que essa matéria não foi objeto de debate nas instâncias ordinárias, sequer de modo implícito. Por esse motivo, ausente o requisito do prequestionamento, incide o disposto no enunciado da Súmula nº 282/STF: "É inadmissível o recurso extraordinário, quando não ventilada, na decisão recorrida, a questão federal suscitada".

Sobre o tema:

"EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. FUNGIBILIDADE RECURSAL. AGRAVO REGIMENTAL. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. REVISÃO NO STJ. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO.

1. Transcrição incorreta do nome da parte recorrente configura mero erro material, que ora se retifica, mantendo-se, contudo, o teor decisório do julgado.

2. O recurso especial não é a sede própria para a discussão de matéria de índole constitucional, sob pena de usurpação da competência exclusiva do STF.



3. 'A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial' (Súmula 7/STJ).
4. Ausência, nas razões de recurso especial, de indicação dos dispositivos legais tidos por violados. Incidência da Súmula 284/STF.
5. Aplica-se a Súmula 282 do Supremo Tribunal Federal quando o Tribunal de origem não tiver emitido pronunciamento explícito ou implícito sobre a questão debatida nos autos.
6. Embargos de declaração recebidos como agravo regimental, a que se nega provimento" (EDcl no Ag 1.160.667/RJ, Rel. Min. MARIA ISABEL GALLOTTI, DJe 29/5/2012 - grifou-se).
- Ademais, no concernente ao dissídio jurisprudencial, saliente-se que não restou caracterizado na forma exigida pelos arts. 541, parágrafo único, do CPC e 255, §§ 1º e 2º, do RISTJ, haja vista a ausência de similitude fática entre o acórdão recorrido e o aresto colacionado como paradigma. Por fim, a Segunda Seção deste Tribunal Superior, quando do julgamento do REsp nº 1.280.211/SP, firmou o entendimento de ser, a princípio, idôneo o reajuste de mensalidade de plano de saúde em razão da mudança de faixa etária do participante, pois com o incremento da idade há o aumento de risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica. Todavia, para evitar abusividades, devem ser observados alguns parâmetros, como a expressa previsão contratual; não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso, dado que aumentos elevados sobretudo para essa última categoria poderá, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e serem respeitadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais:
- a) Em se tratando de contrato firmado ou adaptado entre 2/1/99 e 31/12/2003, deverão ser observadas as regras constantes na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 6/98, a qual determina a observância de sete faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de setenta anos não poderá ser superior a seis vezes o previsto para os usuários entre zero e dezessete anos), não podendo a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de dez anos, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/98.
- b) Para os contratos firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da Resolução Normativa nº 63/2003 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que prescreve a observância de dez faixas etárias, a última aos 59 anos; do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a seis vezes o previsto para a primeira; e da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.
- A propósito, vale conferir os seguintes precedentes:
"RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DECLARATÓRIA DE NULIDADE DE CLÁUSULA DO CONTRATO DE SEGURO SAÚDE QUE PREVÊ A VARIAÇÃO DOS PRÊMIOS POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA - SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA REFORMADA PELO ACÓRDÃO ESTADUAL, AFASTADA A ABUSIVIDADE DA DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. INSURGÊNCIA DA SEGURADA. Ação ajuizada por beneficiária de plano de saúde, insurgindo-se contra cláusula de reajuste em razão da mudança de faixa etária. Contrato de seguro de assistência médica e hospitalar celebrado em 10.09.2001 (fls. e-STJ 204/205), época em que a segurada contava com 54 (cinquenta e quatro) anos de idade. Majoração em 93% (noventa e três por cento) ocorrida 6 (seis) anos depois, quando completados 60 (sessenta) anos pela consumidora. Sentença de procedência reformada pelo acórdão estadual, segundo o qual possível o reajuste por faixa etária nas relações contratuais inferiores a 10 (dez)



anos de duração, máxime quando firmadas antes da vigência da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

1. Incidência do Estatuto do Idoso aos contratos anteriores à sua vigência. O direito à vida, à dignidade e ao bem-estar das pessoas idosas encontra especial proteção na Constituição da República de 1988 (artigo 230), tendo culminado na edição do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), norma cogente (imperativa e de ordem pública), cujo interesse social subjacente exige sua aplicação imediata sobre todas as relações jurídicas de trato sucessivo, a exemplo do plano de assistência à saúde. Precedente.

2. Inexistência de antinomia entre o Estatuto do Idoso e a Lei 9.656/98 (que autoriza, nos contratos de planos de saúde, a fixação de reajuste etário aplicável aos consumidores com mais de sessenta anos, em se tratando de relações jurídicas mantidas há menos de dez anos). Necessária interpretação das normas de modo a propiciar um diálogo coerente entre as fontes, à luz dos princípios da boa-fé objetiva e da equidade, sem desamparar a parte vulnerável da contratação.

2.1. Da análise do artigo 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, depreende-se que resta vedada a cobrança de valores diferenciados com base em critério etário, pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, quando caracterizar discriminação ao idoso, ou seja, a prática de ato tendente a impedir ou dificultar o seu acesso ao direito de contratar por motivo de idade.

2.2. Ao revés, a variação das mensalidades ou prêmios dos planos ou seguros saúde em razão da mudança de faixa etária não configurará ofensa ao princípio constitucional da isonomia, quando baseada em legítimo fator distintivo, a exemplo do incremento do elemento risco nas relações jurídicas de natureza securitária, desde que não evidenciada a aplicação de percentuais desarrazoados, com o condão de compelir o idoso à quebra do vínculo contratual, hipótese em que restará inobservada a cláusula geral da boa-fé objetiva, a qual impõe a adoção de comportamento ético, leal e de cooperação nas fases pré e pós pactual.

2.3. Consequentemente, a previsão de reajuste de mensalidade de plano de saúde em decorrência da mudança de faixa etária de segurado idoso não configura, por si só, cláusula abusiva, devendo sua compatibilidade com a boa-fé objetiva e a equidade ser aferida em cada caso concreto. Precedente: REsp 866.840/SP, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Rel. p/ Acórdão Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 07.06.2011, DJe 17.08.2011.

3. Em se tratando de contratos firmados entre 02 de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003, observadas as regras dispostas na Resolução CONSU 6/98, o reconhecimento da validade da cláusula de reajuste etário (aplicável aos idosos, que não participem de um plano ou seguro há mais de dez anos) dependerá: (i) da existência de previsão expressa no instrumento contratual; (ii) da observância das sete faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de setenta anos não poderá ser superior a seis vezes o previsto para os usuários entre zero e dezessete anos); e (iii) da inexistência de índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso conferida pela Lei 10.741/2003.

4. Na espécie, a partir dos contornos fáticos delineados na origem, a segurada idosa participava do plano há menos de dez anos, tendo seu plano de saúde sido reajustado no percentual de 93% (noventa e três por cento) de variação da contraprestação mensal, quando do implemento da idade de 60 (sessenta) anos. A celebração inicial do contrato de trato sucessivo data do ano de 2001, cuidando-se, portanto, de relação jurídica submetida à Lei 9.656/98 e às regras constantes da Resolução CONSU 6/98.

4.1. No que alude ao atendimento aos critérios objetivamente delimitados, a fim de se verificar a validade do reajuste, constata-se: (i) existir expressa previsão do



reajuste etário na cláusula 14.2 do contrato; e (ii) os percentuais da primeira e da última faixa etária restaram estipulados em zero, o que evidencia uma considerável concentração de reajustes nas faixas intermediárias, em dissonância com a regulamentação exarada pela ANS que prevê a diluição dos aumentos em sete faixas etárias. A aludida estipulação contratual pode ocasionar - tal como se deu na hipótese sob comento -, expressiva majoração da mensalidade do plano de saúde por ocasião do implemento dos sessenta anos de idade do consumidor, impondo-lhe excessivo ônus em sua contraprestação, a tornar inviável o prosseguimento do vínculo jurídico.

5. De acordo com o entendimento exarado pela Quarta Turma, quando do julgamento do Recurso Especial 866.840/SP, acerca da exegese a ser conferida ao § 3º do artigo 15 da Lei 10.741/2003, 'a cláusula contratual que preveja aumento de mensalidade com base exclusivamente em mudança de idade, visando forçar a saída do segurado idoso do plano, é que deve ser afastada'.

5.1. Conforme decidido, 'esse vício se percebe pela ausência de justificativa para o nível do aumento aplicado, o que se torna perceptível sobretudo pela demasia da majoração do valor da mensalidade do contrato de seguro de vida do idoso, comparada com os percentuais de reajustes anteriormente postos durante a vigência do pacto. Isso é que compromete a validade da norma contratual, por ser ilegal, discriminatória'.

5.2. Na hipótese em foco, o plano de saúde foi reajustado no percentual de 93% (noventa e três por cento) de variação da contraprestação mensal, quando do implemento da idade de 60 (sessenta) anos, majoração que, nas circunstâncias do presente caso, destoa significativamente dos aumentos previstos contratualmente para as faixas etárias precedentes, a possibilitar o reconhecimento, de plano, da abusividade da respectiva cláusula.

6. Recurso especial provido, para reconhecer a abusividade do percentual de reajuste estipulado para a consumidora maior de sessenta anos, determinando-se, para efeito de integração do contrato, a apuração, na fase de cumprimento de sentença, do adequado aumento a ser computado na mensalidade do plano de saúde, à luz de cálculos atuariais voltados à aferição do efetivo incremento do risco contratado" (REsp nº 1.280.211/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, Segunda Seção, DJe 4/9/2014).

"RECURSO ESPECIAL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA DE REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE. SEGURADO IDOSO. DISCRIMINAÇÃO. NÃO OCORRÊNCIA. CONDIÇÕES OBSERVADAS PARA VALIDADE DO REAJUSTE. RECURSO DESPROVIDO.

1. Nos contratos de seguro de saúde, de trato sucessivo, os valores cobrados a título de prêmio ou mensalidade guardam relação de proporcionalidade com o grau de probabilidade de ocorrência do evento risco coberto. Maior o risco, maior o valor do prêmio.

2. É de natural constatação que quanto mais avançada a idade da pessoa, independentemente de estar ou não ela enquadrada legalmente como idosa, maior é a probabilidade de contrair doença. Há uma relação direta entre incremento de faixa etária e aumento de risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica.

3. Deve-se admitir a validade de reajustes em razão de mudança de faixa etária, desde que atendidas certas condições, quais sejam: a) previsão no instrumento negocial; b) respeito aos limites e demais requisitos estabelecidos na Lei Federal nº 9.656/98; e c) observância do princípio da boa-fé objetiva, que veda índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o segurado.

4. Tanto os contratos individuais/familiares denominados antigos, isto é, firmados antes de 2 de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei 9.656/98, quanto os contratos firmados após referida data e os adaptados a novel legislação, deverão



prever expressamente as faixas etárias nas quais serão realizados os reajustes. Nos contratos novos, o valor atribuído a cada prestação de acordo com a faixa etária deve ser previamente informado ao usuário e constar expressamente do instrumento contratual.

5. Em relação aos contratos novos, a Lei 9.656/98, em seu art. 15, determina que caberá à ANS estabelecer as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas. Assim, para os contratos firmados entre 2 de janeiro de 1999 e 31 de dezembro de 2003, valem as regras da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 6, de 3 de novembro de 1998, que determina: observância de sete faixas etárias, de modo que o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o previsto para a primeira; a variação de valor na contraprestação não poderá atingir o usuário com mais de 60 anos que participe de um plano ou seguro há mais de dez anos. Já para os ajustes firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, incidem as regras da Resolução Normativa - RN nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que prescreve: observância de dez faixas etárias, a última aos 59 anos; o valor fixado para a última faixa etária não pode ser superior a seis vezes o previsto para a primeira; a variação acumulada entre a sétima e décima faixas não pode ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.

6. Recurso especial conhecido em parte e, nessa parte, desprovido"

(REsp nº 646.677/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe 18/9/2014).

Logo, depreende-se que a abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde, mormente de participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto.

Na espécie, as instâncias ordinárias, examinando as faixas etárias e os percentuais de aumento aplicados, reconheceram a abusividade, a falta de razoabilidade e a discriminação ao idoso.

Por fim, cabe ressaltar que o valor das mensalidades não foi congelado, pois foram afastados apenas os reajustes contratuais oriundos da mudança de faixa etária, tendo sido mantida a aplicação dos reajustes autorizados pela ANS.

Ante o exposto, conheço do agravo para negar seguimento ao recurso especial.

Publique-se.

Intimem-se.

Brasília (DF), 22 de outubro de 2014.

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Relator

(Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, 03/11/2014)

Na mesma esteira o posicionamento desta Egrégia Corte:

AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO ORDINÁRIA COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA JUDICIAL. PLANO DE SAÚDE. FATOR DE IDADE. NECESSIDADE DE CIENTIFICAÇÃO PRÉVIA DO SEGURADO. A ALTERAÇÃO NO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE CONSISTENTE NA MAJORAÇÃO DAS PRESTAÇÕES PARA O EQUILÍBRIO CONTRATUAL É VIÁVEL, DESDE QUE EFETUADA DE MANEIRA GRADUAL E COM A PRÉVIA CIENTIFICAÇÃO DO SEGURADO. INOCORRÊNCIA NOS PRESENTES AUTOS. MANUTENÇÃO DO DECISUM DE PISO. PRECEDENTES DO STJ. PEDIDO DO AGRAVANTE IMPROCEDENTE, EIS QUE EM MANIFESTO CONFRONTO COM ORIENTAÇÃO DOMINANTE FIRMADA EM TRIBUNAL SUPERIOR. APLICAÇÃO DO ART. 557, ?CAPUT?, DO CPC. NEGADO SEGUIMENTO. DECISÃO MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. (2014.04737960-76, 141.658, Rel. CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO, Órgão Julgador 5ª CAMARA CIVEL ISOLADA, Julgado em



2014-12-17, Publicado em 2014-12-17)

EMENTA CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA ANTECIPADA. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE DOS VALORES MENSAIS DESCONTADOS EM FOLHA DE PAGAMENTO. DECISÃO DE PRIMEIRO GRAU QUE DETERMINOU A SUSPENSÃO DO DESCONTO DOS VALORES REAJUSTADOS. ABUSIVIDADE DO AUMENTO FIRMADO CONFIRMADA EM SEGUNDO GRAU. PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS DO ART. 273, DO CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO, À UNANIMIDADE. 1 Sendo possível imputar uma série de questionamentos a respeito da legitimidade dos atos que, ao final, importaram no reajuste dos valores mensais consignados no contracheque dos servidores agravantes, e, sobretudo, considerando que os reajustes se encontram diretamente vinculados ao critério idade, em sede de cognição sumária, constata-se a aparente abusividade da majoração unilateralmente instituída. 2 Presentes, portanto, os requisitos autorizadores da concessão de Tutela Antecipada, na forma do art. 273, do CPC, não há que se falar na necessidade de reforma da decisão interlocutória proferida em primeiro grau. 3 Recurso conhecido e não provido à unanimidade. (2014.04649040-86, 140.679, Rel. EZILDA PASTANA MUTRAN - JUIZA CONVOCADA, Órgão Julgador 2ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA, Julgado em 2014-11-17, Publicado em 2014-11-20)

Nesse passo, tenho que, a decisão agravada foi prudente e cautelosa já que, a priori, não se tem como certo o direito alegado pelo agravante, assim como, não se conhece com maior profundidade as razões que justificaram o aumento tão expressivo na cobrança das mensalidades do plano de saúde imposto ao agravado, na forma como descrito na exordial. Ante o exposto, amparado no conjunto probatório produzido nos autos, conheço e nego provimento ao recurso interposto, mantendo a decisão atacada, em todos os seus termos. Deixo de condenar a Agravante ao pagamento de honorários, conforme estabelecido no § 11 do art. 85 do CPC/2015, em razão de não ter sido arbitrado pelo juízo de primeiro grau. É como voto.

Belém, 18 de agosto de 2016.

DESA. NADJA NARA COBRA MEDA
RELATORA