



Tribunal de Justiça do Estado da Bahia PODER JUDICIÁRIO LAURO DE FREITAS 2ª VARA DO SISTEMA DOS
JUIZADOS - LAURO DE FREITAS - PROJUDI

da Saúde, 52, Fórum Des João M da Silva, Centro - LAURO DE FREITAS Ifreitas-
2vsj@tjba.jus.br / WEBSITE: 2v.jeelfba.jus.br - Tel.: 71 3283-1905

PROCESSO N.º: 0008725-37.2019.8.05.0150

AUTORES:

[REDACTED]

RÉUS:

[REDACTED]

SENTENÇA

A parte autora [REDACTED], já qualificada nos autos, assistida pela advogada STEPHANIE PENA (OAB/BA 40.113), apresenta ação requerendo que seja processada pelo rito da Lei federal n.º 9.099/95, em face da parte ré [REDACTED], já qualificada nos autos, e [REDACTED], já qualificada nos autos, assistidas pelo advogado JOSÉ CARLOS VAN CLEEF DE ALMEIDA SANTOS (OAB/SP 273.843), com base nas razões fáticas e jurídicas apresentadas na petição inicial.

Dispensa-se relatório conforme art.38 da Lei federal 9.099/95.

Audiência una realizada, sem acordo.

Passo a decidir.

FUNDAMENTAÇÃO

I

A revisão do valor de prêmio do contrato de seguro de Plano de saúde individual/familiar ao fundamento de sua abusividade ou ilegalidade exige produção de prova técnica, ou seja, laudo contendo cálculo atuarial que permita observar como o valor do prêmio foi encontrado, considerando as condições

específicas do contrato que se discute em juízo, e sua evolução. Essa prova deve ser neutra, vale dizer, produzida por perito do juízo, que não se concebe seja algo do domínio unilateral de quaisquer das partes.

A exigência de tal prova para fundamentar pedido revisional sobre majoração de prêmio para contratos da espécie foi definida pelo Superior Tribunal de Justiça-STJ, em RECURSO ESPECIAL Nº 1.568.244 - RJ (2015/0297278-0), julgado em 14.12.2016, na Segunda Seção, relator Min. Ricardo Villas Bôas Cueva (DJe 19.12.16), cabendo transcrever a ementa a seguir:

“EMENTA

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

12. Recurso especial não provido. ” (Grifou-se)

Destaca-se da ementa que no exame do contrato de Plano de Saúde, modalidade individual ou familiar, a abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde deve ser feita considerando cada caso concreto, tendo como majorado de forma inadequada e irrazoável o contrato que tenha o valor do seu prêmio agravado com percentual de majoração que não for justificado atuarialmente, caso em que somente com estudos complexos da ciência atuarial onde se avalia riscos para o mercado de seguro, é que se pode saber se determinado percentual aplicado em prêmio se justifica ou é abusivo.

II

A parte autora postula a revisão dos valores de prêmio que pagou à parte ré, a partir do ano de 2012 até o momento, alegando que configuravam valores abusivos, na medida em que não foram àqueles autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por se tratar de plano familiar/individual. Com efeito, ela considera que tem direito à restituição dos valores pagos a maior nos últimos três anos, que até o momento, perfaz o valor de R\$ 24.275,93 (vinte e quatro mil duzentos e setenta e cinco reais e noventa e três centavos), conforme planilhas que junta com a sua petição inicial, e sustenta que tem o direito à restituição dos valores despendidos em relação às parcelas vincendas, até que os índices aplicados à majoração do seu prêmio sejam efetivamente substituídos pelos índices autorizados pela ANS.

Conforme se percebe a postulação da parte autora, por um lado, ela reclama de abusividade da majoração do prêmio, que não teria seguido regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS desde o ano de 2012 e por outro lado, apresenta cálculo do que afirma ser valores que lhe foram cobrados a maior, reclamando a restituição desses valores, e, ainda, pede que o seu prêmio passe a ser majorado pelos índices publicados pela ANS.

III

Na esteira do que decidiu o STJ, ainda que não se trate o presente caso de majoração de prêmio por mudança de faixa etária, a razão de decidir daquele julgado serve para abalizar a demanda em questão, na medida em que aqui também se reclama de majoração abusiva de prêmio.

No caso, a abusividade, alegada pela parte autora, que teria operada a parte ré em seu contrato de saúde individual/familiar, deve ser também avaliado de per si, como orientado no paradigma da Corte Especial para o caso de faixa etária. O paradigma e o caso dos autos por tratar de majoração de prêmio devem receber o mesmo tratamento. Ora, se na majoração por aumento de faixa etária exigiu-se prova pericial para a avaliação da abusividade, com maior razão, a majoração em razão da execução do contrato se faz ainda mais necessário, por não se saber se o critério da majoração em questão guarda adequação com a realidade contratual.

A referida decisão impõe ao juiz examinar o caso em concreto, não sendo admissível

avaliações genéricas. Por conseguinte, para se concluir que o prêmio pago pela parte autora não é compatível com a sua realidade pessoal, dentro de condições atuariais específicas, correspondente a essa realidade, exige-se a prova técnica: laudo atuarial da execução do contrato da parte autora.

Por sua vez, a restituição de valores que teria sido pago a maior, conforme planilha de cálculo, também exige conhecimento técnico para o seu exame e entendimento sobre sua correção ou não, vez que não se trata de mero cálculo aritmético. A memória contábil produzida de forma unilateral pela parte autora exige, conseqüentemente, avaliação por especialista nomeado pelo juiz da causa na área contábil.

Depreende-se, do que se discorreu até o momento, que a postulação da parte autora de revisão contratual de plano de saúde individual/familiar não é possível de ser conhecido e processado no âmbito do Juizado Especial Cível em virtude da complexidade de prova que a sua instrução exige, não sendo admissível prova pericial no âmbito dessa instância da Justiça, reservada para casos simples da população pobre e causa de baixa complexidade probatória. Os casos que não tenham esse perfil devem ser examinados pela Justiça comum, do contrário se estará incorrendo na inviabilização da Justiça dos mais pobres.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, conheço a incompetência deste Juizado Especial Cível para processar e julgar a demanda revisional de contrato individual/familiar de plano de saúde, e extingo o feito nos termos do art.51,II da lei federal 9.099/95.

Intimem-se.

Lauro de Freitas, 15 de dezembro de 2019.

MARCELO DE OLIVEIRA BRANDAO

Juiz de Direito

Documento Assinado Eletronicamente

Assinado eletronicamente por: MARCELO DE OLIVEIRA BRANDAO
Código de validação do documento: 70aae1f8 a ser validado no sítio do PROJUDI - TJBA.