



Número: **0714202-73.2017.8.07.0001**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **1ª Turma Cível**

Órgão julgador: **Gabinete do Des. Roberto Freitas Filho**

Última distribuição : **15/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 5.132,40**

Relator: **ROBERTO FREITAS FILHO**

Processo referência: **0714202-73.2017.8.07.0001**

Assuntos: **DIREITO DO CONSUMIDOR, Contratos de Consumo**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
RAFFAELE BENEDETTI (APELANTE)	
GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA. (APELADO)	
	BRUNA SILVA DE OLIVEIRA (ADVOGADO) RODRIGO ZANATTA MACHADO (ADVOGADO) MARINA FONTES DE RESENDE (ADVOGADO)

Outros participantes	
CARLOS FREDERICO TADEU GOMES (TESTEMUNHA)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10087291	24/07/2019 18:17	Acórdão	Acórdão

**TJDFT**Poder Judiciário da União
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS
TERRITÓRIOS

Órgão 1ª Turma Cível

Processo N. APELAÇÃO CÍVEL 0714202-73.2017.8.07.0001

APELANTE(S) RAFFAELE BENEDETTI e DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL

APELADO(S) GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE SAUDE LTDA.

Relator Desembargador ROBERTO FREITAS

Relator Designado Desembargador TEÓFILO CAETANO

Acórdão N° 1153915

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR E CIVIL. AÇÃO DECLARATÓRIA CUMULADA COM COMINATÓRIA COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE DE MENSALIDADES. CRITÉRIO ETÁRIO. GRAU DE SINISTRALIDADE. READEQUAÇÃO DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL. DESNECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DOS CRITÉRIOS DESTINADOS AOS CONTRATOS INDIVIDUAIS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. LIMITAÇÃO DA ANS. INAPLICABILIDADE. PREVISÃO CONTRATUAL CLARA, EXPRESSA E PONTUADA DESDE A CONTRATAÇÃO. EMBASAMENTO ATUARIAL DO PLANO. ELISÃO DO CONVENCIONADO. IMPOSSIBILIDADE. REGIME MUTUALISTA E INTERGERACIONAL. REAJUSTE COM BASE ATUARIAL. RATIFICAÇÃO TÉCNICA. PERÍCIA. ATESTAÇÃO DO DESEQUILÍBRIO ATUARIAL E ADEQUAÇÃO DO REAJUSTE. PRETENSÃO DE ELISÃO PURA E SIMPLES. INTERSEÇÃO SOBRE AS BASES ATUARIAIS. IMPOSSIBILIDADE. VIOLAÇÃO AO ESTATUTO DO IDOSO. TRATAMENTO DISCRIMINATÓRIO COM BASE EM CRITÉRIO ETÁRIO (Lei nº 10.741/03, art. 15, § 3º). INEXISTÊNCIA. MODULAÇÃO COM LASTRO TÉCNICO-ATUARIAL. PERMISSÃO E EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO (LEI Nº 9.656/98, arts. 15 e 16, IV). FAIXAS ETÁRIAS E MITIGAÇÃO DO GRAU DE SINISTRALIDADE CONSOANTE A REGULAÇÃO VIGENTE (RESOLUÇÃO ANS Nº 171/08, art. 12, §§ 1º ao 5º). ABUSIVIDADE INEXISTENTE. INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA. REGULAÇÃO OBSERVADA. REAJUSTAMENTO LEGÍTIMO. ELISÃO. IMPOSSIBILIDADE. APELAÇÃO. DESPROVIMENTO. SENTENÇA MANTIDA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS. MAJORAÇÃO DA VERBA ORIGINALMENTE FIXADA. SENTENÇA E APELO FORMULADOS SOB A ÉGIDE DA NOVA CODIFICAÇÃO PROCESSUAL CIVIL (CPC, ARTS. 85, §§ 2º E 11).

1. O contrato de plano de saúde celebrado com operadora que desenvolve atividades econômicas volvidas ao lucro, ainda que de natureza coletiva, encerra relação de consumo, ante a irreversível evidência de que

a operadora de seguros e planos de saúde se emoldura como prestadora de serviços e os beneficiários, de seu turno, se enquadram como destinatários finais dos serviços fomentados, inscrevendo-se o liame havido na dicção dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, não ilidindo essa natureza jurídica o fato de a operadora estar sujeita à incidência de legislação específica por encerrar o convencionado nítida relação de natureza negocial afeta à comercialização de plano de saúde.

2. Nos planos coletivos de saúde os índices de reajuste por variação de custos é definido com observância de cálculos atuariais, não estando sujeitos à aprovação nem vinculados aos parâmetros firmados pelo órgão regulador - Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS -, que deles deverá ser simplesmente participado de forma a velar pela higidez e conformação do mercado, donde não há como sujeitar o contrato coletivo à regulação destinada ao contrato individual (Lei nº 9.656/98, art. 35-E, § 2º).

3. As mensalidades dos planos de saúde coletivos são pautadas por critérios atuariais destinados a assegurar a viabilidade do plano ponderados com os custos dos serviços fomentados e com o índice de sinistralidade, observada a mutualidade que lhes é inerente, resultando que o reajustamento das prestações deve ser pautado pelo mesmo critério, notadamente quando prevista no instrumento que modula o vínculo obrigacional, como forma de, preservada a comutatividade e o equilíbrio das obrigações contratuais, ser assegurada a continuidade do plano sem ensejar desequilíbrio ou fomentar incremento indevido à operadora contratada.

4. A compartimentação dos reajustes das mensalidades do plano de saúde coletivo, de conformidade com a variação etária do participante encontra respaldo normativo e na realidade da vida, que é refletida na base atuarial manejada pelas seguradoras com lastro precipuamente no aumento da sinistralidade decorrente do simples incremento da idade, não se afigurando viável que, sem comprovação de previsão discriminatória desguarnecida de lastro atuarial, seja reputada como abusiva a aplicação do reajustamento previsto para a derradeira faixa etária desde que convencionado o plano e estabelecidas as faixas etárias na conformidade da regulação suplementar (Lei nº 9.656/98, arts. 15 e 16, IV; Resolução ANS nº 171/08, art. 12, §§ 1º ao 5º).

5. As operadoras e administradoras de planos de saúde fomentam serviços em caráter suplementar ao Estado, atuando no mercado de forma legítima e legal e sujeitas ao regime da livre iniciativa, contando sua atuação com respaldo, inclusive, constitucional, de forma que, a par da natureza dos serviços que fomentam, estão volvidas ao lucro, salvo as entidades que operam planos de autogestão, daí porque, a par de adstrita a autonomia de atuação e contratação dos planos aos parâmetros legal e normativamente estabelecidos, suas atividades não podem sofrer interseção sob a simples inflexão da natureza da prestação (CF, art. 199).

6. Contemplando o contrato previsão de reajustamento com base em desequilíbrio atuarial em cláusula destacada, clara e derivada inexoravelmente de embasamento técnico decorrente de desequilíbrio motivado pelo aumento da sinistralidade, impactando as bases originalmente estabelecidas, não se afigura viável que, implementada a condição técnica e ignorada a natureza mutualista e comutativa da relação, consoante apuração levada a efeito em sede de perícia judicial, haja vedação à aplicação do reajustamento previsto na conformidade do contratado e autorizado sob o prisma de que encerraria aumento abusivo.

7. Estando o reajustamento lastreado em critério atuarial, destinando-se a restabelecer o equilíbrio do plano diante do aumento da sinistralidade, a par de lastreado em critérios e modulação técnicos com prévia análise de riscos e incremento de cobertura, é legitimado pelo legislador especial em ponderação com a inexorável realidade imposta pela vida, segundo a qual a sinistralidade aumenta com o incremento etário, legitimando que, observado o mutualismo e o caráter de solidariedade intergeracional inerente ao plano de saúde, seja aplicado sem que se qualifique com tratamento abusivo ou discricionário (Lei nº 9.656/98, arts. 15 e 16, IV; Lei nº 10.741/03, art. 15, § 3º).

8. Ainda que eventualmente reputado abusivo determinado reajustamento, não pode o participante do plano simplesmente ser alforriado de qualquer reajuste, pois encerra essa pretensão e prestação violação ao sistema que confere viabilidade aos planos de saúde, o que corrobora a ausência de lastro apto a aparelhar pretensão volvida a, afastando-se o reajustamento contratualmente previsto e lastreado em critérios técnicos, ser ilidido qualquer reajuste nas mensalidades a despeito de ter o consumidor alcançado a derradeira faixa etária, pois, na conformidade da natureza comutativa, bilateral e mutualista do contrato, ainda que eventualmente ilidido determinado reajuste, deve haver a correção das prestações mensais, ainda que sob base atuarial diversa, de molde a ser assegurada a viabilidade e equilíbrio econômico-financeiro do plano.

9. A par de lastreado o tabelamento de reajustamento compartimentado em faixas etárias sob bases atuariais e observado o escalonamento normatizado, determinando que, em certas faixas etárias, houvessem reajustes baixíssimos, ressoa desguarnecido de sustentação jurídica que, fruindo dos reajustes anteriormente modulados sob parâmetros técnicos volvidos a assegurar a viabilidade e equilíbrio econômico-financeiro do plano, o consumidor, quando alcança a derradeira faixa etária ou defronte reajuste lastreado em motivação técnica, repete o reajuste abusivo, ignorando a lógica atuarial do sistema e o encadeamento técnico-sistemático de faixas etárias e reajustes que governa o plano e lhe confere viabilidade econômica sob o regime do mutualismo que lhe é inerente.

10. Editada a sentença e aviado o apelo sob a égide da nova codificação civil, o desprovimento do recurso determina a majoração dos honorários advocatícios originalmente imputados à parte vencida, porquanto o novo estatuto processual contemplara o instituto dos honorários recursais, devendo a majoração ser levada a efeito mediante ponderação dos serviços executados na fase recursal pelos patronos da parte exitosa e guardar observância à limitação da verba honorária estabelecida para a fase de conhecimento (CPC, arts. 85, §§ 2º e 11).

11. Apelação conhecida e desprovida. Sentença mantida. Honorários recursais fixados. Maioria. Julgamento realizado na forma do artigo 942 do CPC, com quórum qualificado.

ACÓRDÃO

Acordam os Senhores Desembargadores do(a) 1ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, ROBERTO FREITAS - Relator, HECTOR VALVERDE SANTANA - 1º Vogal, TEÓFILO CAETANO - Relator Designado e 2º Vogal, SIMONE LUCINDO - 3º Vogal e RÔMULO DE ARAÚJO MENDES - 4º Vogal, sob a Presidência do Senhor Desembargador RÔMULO DE ARAÚJO MENDES, em proferir a seguinte decisão: JULGAMENTO PARCIAL: CONHECER DO RECURSO E DAR-LHE PROVIMENTO. DECISÃO POR MAIORIA, VENCIDO O 2º VOGAL. EM CONTINUIDADE DE JULGAMENTO, COM A AMPLIAÇÃO DO QUÓRUM: CONHECER DO RECURSO E NEGAR-LHE PROVIMENTO. DECISÃO POR MAIORIA, VENCIDOS O RELATOR E O 1º VOGAL. REDIGIRÁ O ACÓRDÃO O 2º VOGAL. JULGAMENTO REALIZADO NA FORMA DO ART. 942, DO CPC, COM QUÓRUM QUALIFICADO. , de acordo com a ata do julgamento e notas taquigráficas.

Brasília (DF), 20 de Fevereiro de 2019

RELATÓRIO

Cuida-se de apelação cível interposta por **RAFFAELE BENEDETTI** em face da sentença proferida pela 21ª Vara Cível da Circunscrição Judiciária Especial de Brasília que, nos autos de ação revisional c/c pedido de tutela de urgência, julgou improcedente o pedido formulado na ação.

De acordo com a inicial (ID 4428616), o Autor narrou que é beneficiário do plano de saúde coletivo da empresa requerida com cobertura em todo território nacional. Aduziu que a parte Ré teria efetuado aumento abusivo das mensalidades do plano de saúde, no importe de 39,80%, em razão do equilíbrio econômico do contrato.

Alega a parte autora que houve reajuste abusivo do preço do contrato. Requereu antecipação dos efeitos da tutela. E ao final, solicitou a confirmação dos termos do pedido liminar para lhe assegurar reajuste conforme os padrões divulgados pela ANS.

Foi deferido o pedido de antecipação dos efeitos da tutela (ID 4428621). Houve agravo de instrumento, no qual se indeferiu a suspensão (IDs 4428638 e 4428642).

Contestação conforme ID 4428629. A ré alegou que o contrato assinado entre as partes é coletivo; que o reajuste por sinistralidade é legal; que foi obedecido o incremento do uso para o novo preço; que não é devida a devolução de qualquer importância; e que não é caso de inversão do ônus da prova.

Réplica apresentada (ID 9188420), em que o Autor refutou as alegações da Ré e reiteraram os pedidos formulados na inicial.

O juízo *o quo* determinou a realização de perícia atuarial (ID 4428649).

Laudo Pericial (ID 4428682) esclareceu as manifestações das partes (IDs 4428654 e 4428657).

Sobreveio sentença (ID 44286710), na qual o Juízo da 21ª Vara Cível da Circunscrição Judiciária Especial de Brasília julgou improcedente o pedido inicial para fixar o índice de 13,55% estabelecido pela ANS para o reajuste anual da mensalidade do seguro de saúde.

No mérito, o magistrado ressaltou não ser possível a aplicação do índice de reajuste determinado pela ANS visto que o laudo realizado pelo Perito Judicial não apontou que seja imprópria a aplicação do reajuste por sinistralidade quando baseado em razões técnicas. Assim, não prosperou o Autor em comprovar que o índice de reajuste é abusivo.

O autor apela (ID 4428712). Em suas razões recursais, em síntese, defende que o fato de a Apelante se enquadrar na modalidade de plano de saúde coletivo não exclui a possibilidade de revisão de cláusulas contratuais abusivas. Destaca que o reajuste de 39,80% é ilegal. Ao final, requer a reforma da sentença recorrida.

Contrarrazões (ID 4428714), na qual a Apelada sustenta que o reajuste de planos de saúde coletivos não é regulado nem autorizado pela ANS, que somente trata dos planos individuais, os quais possuem uma mensalidade maior. Alega que não existe abusividade no contrato, o qual se encontra de acordo com a legislação vigente acerca da matéria. Defende, ainda, a inexistência de cobrança indevida e de valores a restituir. Requer, ao final, a manutenção da r. sentença, a fim de que sejam julgados integralmente improcedentes os pedidos contidos na exordial.

Preparo não recolhido em face da gratuidade concedida na origem.

É o relatório.

VOTOS

O Senhor Desembargador ROBERTO FREITAS - Relator

Presentes os pressupostos de admissibilidade, conheço do recurso.

Trata-se de apelação cível interposta por RAFFAELE BENEDETTI contra sentença proferida pelo juízo da Cível da Circunscrição Judiciária Especial de Brasília que, nos autos de ação revisional de contrato de plano coletivo, julgou improcedente o pedido autoral para fixar os percentuais estabelecidos pela ANS para os planos de saúde individuais no reajuste da mensalidade, bem como a devolução dos valores cobrados indevidamente.

Inicialmente, cabe destacar que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável uma vez que o apelante é destinatário final dos serviços de saúde prestados pelo apelado.

Nesse contexto, é possível a revisão judicial quando identificada violação às disposições previstas no Código de Defesa do Consumidor e ao Código Civil, com intuito de manter o equilíbrio entre as prestações e a função social do contrato.

É o que preconiza a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça que consolidou a questão na Súmula nº 473, *in verbis* "*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*".

No caso em tela, a análise da lide consiste em verificar se há abusividade nos índices utilizados no reajuste das mensalidades do plano de saúde, aplicado unilateralmente no contrato celebrado entre as partes, considerando que os valores são acima dos autorizados pela ANS para planos de saúde individuais.

Além disso, é sabido que os limites previstos nas Resoluções da ANS para reajuste das mensalidades somente aplicam aos planos individuais, nos termos do Art. 35-E, § 2º, da Lei nº 9.656/98.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independente data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá da aprovação da ANS.

O índice de reajuste nos planos coletivos é definido conforme previsto nas normas contratuais livremente e pela operadora de planos de saúde e a empresa que contratou o plano.

Assim sendo, não há o que se falar em ilegalidade na revisão e nos reajustes dos valores pactuados em planos coletivos quando necessários à manutenção do equilíbrio contratual. Reajustes esses que devem se basear em atuariais destinados a assegurar sua viabilidade, tais como custos dos serviços oferecidos e índices de sinistro.

A legalidade da cláusula de reajuste por aumento de sinistralidade, portanto, é admitida desde que prevista expressamente em contrato e observado o procedimento legal para sua aplicação, entretanto esses valores não devem ser fixados de forma aleatória, acarretando desequilíbrio contratual ou, ainda, vantagem indevida à operadora contratada.

E ainda, a Lei nº 9.656/98 dispõe, em seu artigo 35-G, que “aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990”, linha do que preconiza a Súmula 469 do STJ. Ou seja, a liberdade de contratação nos casos e contratos de plano de saúde coletivo não exclui a aplicação dos regramentos do Código de Defesa do Consumidor.

O reajuste deve ser verificado caso a caso, o que pede análise de prova e uma apreciação sobre a justificativa do aumento, bem como a demonstração por critérios atuariais que corroborem para a majoração da mensalidade.

A apelada afirma que os índices de reajuste foram homologados pela ANS, entretanto, apresentou documento 4428632 que apenas informa que o aumento foi comunicado à ANS, indo de encontro ao preconizado no Art. 35-E, inciso I, da Lei nº 9.656/98.

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, sujeita à autorização prévia da ANS.

Além disso, a Apelada apresentou Relatório de Desempenho do grupo (ID 8562793), no qual demonstra que período de um ano as despesas do grupo superaram em quase três vezes as receitas, causa do desequilíbrio e pretende corrigir por meio do reajuste aplicado. Contudo, não apresentou estudos atuariais específicos ou capazes de comprovar a alegação de que os reajustes não foram abusivos e que foram devidos para assegurar a viabilidade da prestação do serviço.

De acordo com o que estabelece o artigo 16, inciso XI, da Lei nº 9.656/98, os contratos de assistência à saúde conter cláusulas que indiquem de forma evidente os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pelo contrato em questão, as cláusulas 45, 46 e 47 especificam o reajuste anual e a revisão das contraprestações, consideram a variação dos custos médicos/hospitalares, baseada em fórmula aprovada pela autoridade competente. Acrescenta que caso a aplicação continuada desse índice de reajuste acarrete déficit técnico, será cobrado um adicional de sinistralidade nas operações do contrato. É possível observar que não é informado ao consumidor a forma de apuração do valor final, portanto, há falta de clareza e transparência acerca do reajuste anual, e portanto, um direito ao consumidor a informação.

Ademais, além de não fornecer informações suficientes para a aplicação do índice, inviabilizando a realização do cálculo pelo consumidor, a apelada não demonstrou a efetiva variação dos custos médicos e hospitalares (como exames, procedimentos, honorários médicos, diárias hospitalares, materiais e medicamentos) por fórmula aprovada pela autoridade competente como forma de justificar os reajustes nos percentuais.

Nesse sentido, veja-se o entendimento deste Egrégio Tribunal de Justiça:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AÇÃO REVISIONAL C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REVISÃO DE REAJUSTE. AUMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO. AUSÊNCIA DE LASTRO PROBATÓRIO. ABUSIVIDADE. REDUÇÃO DO PERCENTUAL APLICADO. ÍNDICE DIVULGADO PELA ANS. CABIMENTO. VALOR PAGO EM EMBARGOS DE DEVOLOUÇÃO SIMPLES.

1. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde (Súmula nº 469 do c. STJ)

2. O reajustamento das mensalidades dos planos de saúde coletivos deve se pautar por critérios atuariais e assegurar sua viabilidade, tais como custos dos serviços fomentados e índices de sinistralidade. Tais valores, portanto, não podem ser fixados de forma discricionária, ensejando desequilíbrio contratual ou, ainda, fomento de incremento indevido à operadora contratada.

3. Inadmissível o reajuste unilateral praticado pela operadora por meio de cálculos atuariais desconhecidos sem a demonstração do incremento da sinistralidade, impondo-se sua fixação em patamar razoável como forma de manter o equilíbrio contratual e evitar o enriquecimento sem causa da contratada.

4. Os limites previstos nas resoluções da ANS para reajuste das mensalidades são restritos aos planos individuais e familiares previstos no § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656/98. Todavia, verificada a abusividade do reajuste nos planos de saúde coletivos, o índice de reajuste anual autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para planos de saúde individuais pode ser aplicado.

5. *Constatada a abusividade do reajuste, com a readequação dos percentuais, é cabível a devolução, de forma simples, dos*

valores indevidamente cobrados.

6. *Apelação conhecida e não provida.*

(Acórdão n.983455, 20150111353942APC, Relator: SIMONE LUCINDO 1ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 23/11/2016, Publicado no DJE: 06/12/2016. Pág.: 449-463)

DIREITO CIVIL, PROCESSUAL CIVIL E DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE CONHECIMENTO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. NULIDADE DA SENTENÇA. NÃO OCORRÊNCIA. REVISÃO DE REAJUSTE ABUSIVO. AUMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO. AUMENTO DA SINISTRALIDADE. CÁLCULO ATUARIAL. AUSÊNCIA DE LASTRO PROBATÓRIO. REDUÇÃO DO PERCENTUAL DA DEVOLUÇÃO SIMPLES DO VALOR PAGO EM EXCESSO.

1. *Segundo entendimento oriundo de recurso repetitivo junto ao STJ (REsp. 1568244/RJ), o reajuste de mensalidades de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que haja previsão contratual, (b) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores, não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso*

2. *O reajustamento das mensalidades dos planos de saúde coletivos deve se pautar por critérios atuariais e atuariais para assegurar sua viabilidade, tais como custos dos serviços fomentados e índices de sinistralidade.*

Tais valores, no entanto, não podem ser fixados de forma discricionária, ensejando desequilíbrio contratual e fomentando incremento indevido à operadora contratada.

3. *Inadmissível o reajuste unilateral praticado pela operadora por meio de cálculos atuariais desconhecidos, sem demonstração do incremento da sinistralidade, impondo-se sua fixação em patamar razoável como forma de manter o equilíbrio contratual e evitar o enriquecimento sem causa da contratada.*

4. *Reputa-se abusivo o índice de reajuste praticado em plano de saúde coletivo que supera em muito os parâmetros aprovados pela ANS.*

5. *Recurso conhecido e provido. Unânime*

(Acórdão n.1119892, 00060211220178070006, Relator: ROMEU GONZAGA NEIVA 7ª Turma Cível, Data de Julgamento: 29/08/2018, Publicado no PJe: 31/08/2018. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

Cabe ressaltar que o Laudo Pericial produzido pelo Perito Judicial, aponta que a aplicação do reajuste é cabível, haja vista a previsão contratual expressa para aplicação de reajuste em virtude de aumento de sinistralidade. Entretanto, delinea como é o cálculo da variação dos custos médico-hospitalares, para justificar o déficit técnico nas operações do contrato para que seja cobrado do beneficiário o adicional de sinistralidade.

Com essas considerações, **CONHEÇO e DOU PROVIMENTO ao recurso**, para reformar a sentença e, determinar o reajuste no percentual de 13,55%, que corresponde ao reajuste da ANS autorizado para 2017, passando a ser a mensalidade no valor de R\$ 3.277,73 (três mil, duzentos e setenta e sete reais e setenta e três centavos), e a devolução à apelante, na forma simples, dos valores cobrados indevidamente.

É o meu voto.

O Senhor Desembargador HECTOR VALVERDE SANTANA - 1º Vogal

Com o relator

O Senhor Desembargador TEÓFILO CAETANO - Relator Designado e 2º Vogal

Cabível, tempestivo, isento de preparo e subscrito por defensor público regularmente constituído e municiado de capacidade postulatória, satisfazendo, pois, os pressupostos objetivos e subjetivos que lhe são inerentes, com o apelo.

Cuida-se de apelação interposta por Raffaele Benedetti em face da sentença que, resolvendo ação declaratória cumulada com obrigação de fazer, com pedido de tutela antecipada, que aviara em desfavor da Vision Médica Ltda, julgara improcedente o pedido, sob o argumento de que não restara comprovada a abusividade do reajuste impugnado, aplicado no mês de maio de 2017, tendo a prova pericial realizada no trânsito processual assegurado que tivera lastro atuarial, encontrando, ademais, suporte na previsão contratual que prevê a hipótese de reajuste destinado a assegurar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e mitigar o grau de sinistralidade (Cláusulas 45.0, 45.0.1, 45.0.2, 45.0.3, 46.0 e 47.0)[1]. Como corolário desta resolução, o autor fora condenado ao pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, os quais foram arbitrados no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil e quinhentos reais), ficando suspensa a exigibilidade em face do deferimento do benefício da justiça gratuita (art. 98, § 3º, CPC). Inconformado, o segurado apelara almejando a reforma da sentença e acolhimento do pedido.

Do aduzido afere-se que o cerne da controvérsia estabelecida entre as litigantes reside na aferição da legalidade do reajuste da mensalidade do plano de saúde coletivo contratado com estofamento no aludido aumento do grau de sinistralidade, apurado no período compreendido entre maio de 2016 a abril de 2017, afetando o risco médico suportado pela operadora. Emoldurado o objeto do apelo, com a devida vênias do eminente Relator, divirjo com o Senhor Desembargador Excelência para negar provimento ao apelo, mantendo integralmente a ilustrada sentença vergastada, conforme fundamentação adiante alinhavada.

Inicialmente deve ser assinalado que sobreleva a controvérsia que o relacionamento existente entre as partes litigantes qualifica-se como relação de consumo, afigurando-se inteiramente dispensável o alinhamento de

considerações acerca da emolduração da sua natureza jurídica. E isso se verifica ante a irreversível evidência apelada se emoldura como prestadora de serviços e o apelante, de seu turno, se enquadra como destinatário serviços fomentados, inscrevendo-se o liame havido na dicção dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do C

Estabelecida essa premissa normativa, do aduzido pelas partes litigantes restara incontroverso que o apelante vínculo contratual com a apelada e que, em maio de 2017, fora comunicado de que a mensalidade do plano sofrera reajuste no percentual equivalente a 39,80% (trinta e nove vírgula oitenta por cento). Assim, a mensalidade do plano passara de R\$ 2.886,60 (dois mil e oitocentos e oitenta e seis reais e sessenta centavos), no mês de abril para R\$ 4.027,02 (quatro mil e vinte e sete reais e dois centavos), no mês de maio subsequente, diante do reajuste aplicado.

Alinhados esses fatos, há que ser assinalado, desde logo, que, não obstante o Estatuto do Idoso vede expressamente a discriminação das pessoas idosas no concerto e curso dos planos de saúde, com cobrança de mensalidades diferenciadas em virtude da idade, essa regra não impede a estipulação de critérios de reajuste diferenciado em razão da idade. Na realidade se impõe diante de ser inexorável às contingências inerentes à condição humana que o tempo impõe cuidados com a saúde, que, de sua parte, demandam custos mais elevados. Essa constatação é inexorável, e fato notório e apreendido mediante simples observação empírica. Sob essa realidade, dispõe o Estatuto do Idoso em seu artigo 15, § 3º, o seguinte:

***“Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.*”**

(...)

***§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.*”**

Da literalidade desse preceptivo extrai-se que restara vedada a cobrança de valores diferenciados com base exclusivamente no 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 acesso ao direito de contratar por motivo de idade. Esse mandamento também encontra expresso no artigo 14 da Lei nº 10.241/2001, *in verbis*:

***“Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém será impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.*”**

O mesmo diploma legal autoriza expressamente a variação da contraprestação a cargo do beneficiário do plano de saúde proporcional à variação etária, desde que observados os critérios atuariais estabelecidos em regulamento de apuração, não se vislumbra antinomia entre o Estatuto do Idoso e a Lei dos Planos de Saúde, os quais deverão ser interpretados de modo a propiciar diálogo coerente entre as fontes normativas, à luz dos princípios da boa-fé, da equidade, sem desamparar a parte vulnerável da contratação, notadamente porque os planos de saúde são estabelecidos sob bases atuariais lastreadas no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional.

Nessa ordem de ideias, a variação das mensalidades ou prêmios dos planos ou seguros de assistência à saúde decorre da mudança de faixa etária, aliado ao fato da necessidade de dar azo à preservação do equilíbrio econômico

com mitigação do risco, através de reajuste que se conforme com o grau de sinistralidade do plano, não con ofensa ao princípio constitucional da isonomia quando baseada em legítimo fator distintivo. Ressalvado que deve ser aferida a inexistência de aplicação de percentuais desarrazoados e sem base atuarial, com o condã compelir o idoso à quebra do vínculo contratual, hipótese em que restará desrespeitada a cláusula geral da t objetiva, a qual impõe a adoção de comportamento ético, leal e de cooperação nas fases pré e pós-pactual.

Consignados esses registros, no caso os reajustes etário, financeiro e técnico (ou por sinistralidade), autoriz. legislação dos planos de saúde, fundamentam-se no incremento do elemento risco de sinistro, sendo certo q inerente à condição humana o aumento de incidência de doenças à proporção do aumento da idade. Conse se há aumento dos riscos de ocorrência dos eventos acobertados pelo plano, é coerente a fixação de patama reajustes diferenciados em função da idade e de preservação da sobrevivência do plano. Isso não implica, p discriminação por motivos de idade, pois o critério a ser adotado é o risco, e não a idade em si.

Os parâmetros de reajuste, porém, não são ilimitados, dependendo da existência de previsão expressa no in contratual, da observância das faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última, conforme es nos regulamentos da ANS, e 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. Esse é o en que restara firmado pelo colendo Superior Tribunal de Justiça em julgamento de Recurso Especial submetic sistemática dos recursos repetitivos, quando restara firmada tese com essa modulação, consoante se extrai d adiante:

“RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL.

NÃO OCORRÊNCIA. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. C DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. LEGALIDADE. ÚLTIM DE RISCO. PERCENTUAL DE REAJUSTE.

DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS. ABUSIVIDADE. NÃO CARACTERIZAÇÃO. EQUILÍBRIO FINANCEIRO-ATUARIAL DO CONTRATO.

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

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

3. Os gastos de tratamento médico-hospitalar de pessoas idosas são geralmente mais altos do que os de p jovens, isto é, o risco assistencial varia consideravelmente em função da idade. Com vistas a obter maior financeiro ao plano de saúde, foram estabelecidos preços fracionados em grupos etários a fim de que tan jovens quanto os de idade mais avançada paguem um valor compatível com os seus perfis de utilização d 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 de 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 fenómeno 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 coberto 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 se aplicarem índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em 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 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 de aumentos 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 após a Lei nº 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 risco para maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos, podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou plano de saúde há mais de 10 (dez) anos. c) Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da Resolução RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) a fixação para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) a 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 sempre que o percentual de majoração for justificado atuarialmente, a permitir a continuidade contratual para os jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa ao lucro, o qual não pode ser predatório, haja vista a natureza da atividade econômica explorada: serviço público ou atividade privada regulamentada, complementar, no caso, ao Serviço Único de Saúde (SUS) sob a 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 forma do cumprimento de sentença.

10. TESE para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicadas 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 abuso pela operadora, de "cláusula de barreira" com o intuito de afastar a usuária quase idosa da relação com o plano de saúde por impossibilidade financeira.

Longe disso, não ficou patente a onerosidade excessiva ou discriminatória, sendo, portanto, idôneos o reajuste e o aumento da mensalidade fundados na mudança de faixa etária da autora.

12. Recurso especial não provido.

(REsp 1568244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/11/2016)

Deve ser frisado, ademais, que, conforme pontuado, ainda que reputado abusivo determinado reajuste, não é inviável simplesmente ser infirmado, devendo ser obstada sua materialização com a apuração do reajuste que lastreado em base atuarial. Diante desses parâmetros sobeja que, na hipótese, ao invés do sugerido pelo apelante, o reajuste reputado abusivo, afetando a mensalidade que então vigorava, derivava da necessidade de adequação do plano, que, desnecessário dizer, é fomentado justamente pelas mensalidades dos participantes, que, a seu turno, são mensuradas de acordo com critérios técnico-atuariais.

A seu turno, o contrato firmado entre as partes previra expressamente o incremento da contraprestação dos beneficiários em função da mudança de faixa etária e da necessidade de promover o equilíbrio econômico do plano, mitigando o impacto do aumento do grau de sinistralidade. Confira-se[2]:

“44.0 – Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários, que signifique deslocamento para outra faixa etária, os respectivos preços mensais serão cobrados no mês de ocorrência da alteração, de acordo com os preços então vigentes.

45.0 – O reajuste de preços será mensal e terá por base a variação dos custos médico-hospitalares (variação de honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, medicamentos, salários e despesas gerais da CONTRATADA), verificada com base em fórmula aprovada pela autoridade competente.

45.0.1 – Caso a aplicação continuada do índice de reajuste, apurado conforme a Cláusula 45.0, provoque desequilíbrio técnico nas operações do contrato, será cobrado do beneficiário um adicional de sinistralidade visando a restaurar o equilíbrio de custo/receita.

45.0.2 – A CONTRATADA também poderá solicitar a uma instituição externa idônea, a apuração da variação dos custos médicos-hospitalares ou submetê-los à perícia de auditor independente registrado nos órgãos com

45.0.3 – A aplicação do índice de reajuste observará a periodicidade admitida pela legislação em vigor.

46.0 – Os preços poderão sofrer ajuste técnico nos valores, sempre que tabela de honorários médicos for por decisão das autoridades competentes ou em virtude de acordos realizados com as associações de clas

47.0 – Os preços poderão ser ainda revistos em cada aniversário do contrato, desde que, através de estudo, fique demonstrada a insuficiência dos mesmos.” (grifos nossos)

Alinhados esses parâmetros contratuais, aferida a natureza coletiva do plano de saúde mantido pelo apelante apelada, não se lhes aplicam os limites percentuais de reajustes fixados pelas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, porquanto se referem a reajustes de planos individuais de saúde, segundo afere-se do d § 2.º do art. 35-E da Lei nº 9.656/98, cujo teor é o seguinte:

“Art. 35-E. (...) ... § 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações dependerá de prévia aprovação da ANS.” (grifos nossos)

Desse preceptivo emerge que as condições que modulam o plano, notadamente o reajuste das mensalidades pautam pelos limites estipulados pela ANS, sendo de livre estipulação, a fim de manterem o equilíbrio atua contratos. Conseqüentemente, sobre o contrato coletivo ao qual aderira o apelante não incidem as normas e impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS aos seguros individuais, perdurando, ao revé negociação firmada pelas partes aderentes (§ 2.º do art. 35-E da Lei nº 9.656/98), dependentes apenas de co à ANS, conforme comprovado pela apelada[3]. É inclusive o que se afere da consulta ao sítio da Agência N Saúde Suplementar - ANS, referente aos reajustes dos planos coletivos de saúde, *verbis*:

“Se seu plano for do tipo "coletivo", ou seja, se ele tiver sido contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (a empresa que você trabalha), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas comunica os aumentos de preços, os quais devem ser acordados mediante negociação entre as partes e devidamente comunicados à esta Agência em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 30 beneficiários, fique atento! O reajuste que o contrato receber deverá ser igual ao reajuste dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora. O índice de reajuste aplicado a todos estes contratos deverá ser divulgado pela própria operadora no site na internet no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado a cada contrato nos seus respectivos meses de aniversário. Verifique, anualmente, junto à pessoa jurídica responsável de seu plano, a quantidade de beneficiários vinculados ao seu contrato. Desta forma, você saberá se, no mês seguinte, seu contrato entrará, ou não, no agrupamento para receber o reajuste destinado a contratos com 30 beneficiários.”[4]

Destarte, os reajustes que o apelante reputara como abusivos, em razão da reestruturação dos planos mantidos pela apelada, ante o contrato coletivo de saúde ao qual aderira, reçoam lícitos e legítimos, não estando sujeitos a limitação originária do órgão regulador, ante a constatação que tiveram por objetivo preservar o equilíbrio econômico-financeiro e mitigar o grau de sinistralidade^[5], o qual alcançara, em meados de abril de 2017, o valor de 346,12%. A adequação atuarial, ademais, conforme pontuado, tem lastro contratual.

Esta conclusão emerge inexorável. Consoante apurado pelo perito oficial, no período compreendido entre novembro de 2016 a abril de 2017, fora apurado desequilíbrio atuarial no plano ante a constatação de receita no importe c

492.918,36 em face de despesa, para o mesmo período, no montante de R\$ 1.706.105,70. Sob essa realidade mantendo a apelada relação individualizada com o apelante e não derivando a pretensão que formulara de desconsideração do convencionado, a pretensão que aduzira ressoa desprovida de lastro jurídico.

Com efeito, o reajuste questionado fora pautado por critérios atuariais, destinando-se a restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro e mitigar o grau de sinistralidade, e não realizado de forma aleatória, conforme restar patenteado ante a ausência de qualquer prova derivada do apelante. Nesse sentido restaram incólumes as conclusões do perito do juízo, *verbis*[6]:

“Quesito nº 2: Queira o Sr. Perito esclarecer se os reajustes aplicados nas mensalidades do plano de saúde Autora são “aumentos injustificados” ou se correspondem a uma majoração por aumento de sinistralidade e realinhamento anual, conforme previsto em contrato regularmente celebrado.

Resposta: Os reajustes aplicados nas mensalidades do plano de saúde do Autor correspondem a uma majoração por aumento de sinistralidade e realinhamento anual, conforme previsto em contrato regularmente celebrado.

(...)

Quesito nº 5: Queira o senhor perito informar quais reajustes foram praticados pela ré e seus respectivos valores.

Resposta: Os índices de reajuste praticados pela Ré no contrato do Autor foram os seguintes:

MÊS	REAJUSTE FINANCEIRO	REAJUSTE POR SINISTRALIDADE
10/2008	14,54%	
06/2009	29,90%	
05/2010	9,40%	
05/2011	10,04%	
05/2012		16,89%
05/2013	13,30%	

05/2014	19,70%	
05/2015	25,56%	
10/2015	17,44%	
12/2015	7,46%	
05/2016	13,55% (índice jurídico)	
05/2017		39,80%
07/2017	13,55%	

No que concerne ao reajuste aplicado, especificamente, no mês de maio de 2017, o *expert* afirmara que o re a estofar-se nos permissivos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, aplicáveis somente planos individuais, alcançara o percentual de 13,55%, tendo como consectário um valor de mensalidade, na no importe de R\$ 3.277,73:

“QUESITOS APRESENTADOS PELO AUTOR

Quesito nº 1: Qual seria o valor das mensalidades do autor desde maio de 2017, caso a requerida tivesse reajuste anual das mensalidades do autor conforme o índice máximo de reajuste autorizado pela ANS?

Resposta: Os valores das mensalidades do Autor, caso fosse aplicado o índice de reajuste máximo de 13,55% autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para os planos de saúde individuais em passariam de R\$ 2.886,60 (abril/2017) para R\$ 3.277,73 a partir de maio/2017, conforme tabela abaixo.

(...)

Porém, cabe ressaltar que o índice de reajuste máximo autorizado pela ANS em 2017 de 13,55% foi para aplicado, apenas, aos planos individuais.

QUESITOS APRESENTADOS PELO RÉU

Quesito nº 1: Queira o senhor perito informar se o plano dos Autores é do tipo individual, familiar ou en

Resposta: Analisando os documentos constantes dos autos, verifica-se que o contrato do plano de saúde entre o Autor e o Réu é do tipo coletivo. (grifos nossos)

Destarte, o reajuste que o apelante reputara abusivo, ocorrido no mês de maio de 2017, no percentual de 39,12%, entando, emerge lícito e legítimo, não estando sujeito a nenhuma limitação originária do órgão regulador, c c reste comprovado por prova técnica que no mês de maio de 2017, incidira o percentual, validamente pactua (Cláusulas 45.0.1 e 47.0)[7], referente à promoção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, com o f mitigar o grau de sinistralidade que atingira o percentual de 346,12%. Alinhadas essas premissas, através de *das fontes* do direito com a contabilidade que contemple a *alopoiense*, com o fito de construir significado pa para o aludido grau de sinistralidade, constata-se a necessidade de *análise vertical*, técnica da ciência contá o montante das receitas corresponda a 100% na demonstração financeira apresentada no relatório em comer utilizado, assim, como a base do cálculo do grau de sinistralidade, com o fito de analisar se existe alinhame despesas apuradas com as receitas auferidas.

Neste ponto, mister se faz deixar bem vincado que a *análise vertical* tem como objetivo o estudo da estrutu demonstração financeira, através da comparação das partes com os totais referentes à respectiva demonstra partindo-se da Receita Total Bruta, conforme valiosas lições dos professores Edison Carlos Fernandes e Ar Neto:

“7.4.2 Análise vertical

A análise vertical tem como objetivo ressaltar o que é importante, pois calcula a participação percentual conta, mostrando a sua real importância no conjunto. Neste método, deve-se calcular o percentual de ca em relação a um valor-base (100%).”[8]

Alinhada essa ressalva, no caso o grau de sinistralidade corresponde ao cotejo entre as despesas dos segurac às do plano em face da receita auferida pelo plano de saúde. Nesse sentido, infere-se da aplicação da *análise* que, além da nuance de que não restara comprovada, conforme defluiu indene de dúvidas da prova pericial, e abusividade do reajuste aplicado no mês de maio de 2017, sobeja indene de dúvidas, ainda, que do alinham despesas apuradas com as receitas auferidas o plano de saúde estava deficitário, ante o percentual do grau d sinistralidade^[9] (346,12%) apurado no período que se estendera de maio de 2016 a abril de 2017.

Defluiu dessa apuração, assim, que a adequação do contrato à atualização atuarial era medida que tinha com consecutório a sobrevivência financeira do plano de saúde. Esta conclusão emerge inexorável, consoante apu Relatório de Desempenho relativo ao período *supra*, em que as despesas apuradas orçaram no montante de 1.706.105,70 enquanto as receitas auferidas atingiram, para o mesmo período, o importe de R\$ 492.918,36, apresentados na peça de defesa e não impugnados quando da réplica[10] (CPC, art. 437, *caput*).

Do aduzido ressoa indene de dúvidas que o plano encontra-se com o grau de sinistralidade negativo, ante a de que para cada R\$ 100,00 de despesas, a apelada necessitava carrear outros R\$ 346,12 para equilibrar os c manutenção das coberturas securitárias e atingir patamar que possa cogitar da obtenção de remuneração luc sua atividade de mercancia de planos coletivos de seguro de assistência à saúde, através de uma receita aufe

suplante a despesa apurada. Ou seja, o reajustamento questionado fora lastreado em parâmetros atuariais vo assegurar o equilíbrio econômico-financeiro do plano, não se revestindo de abusividade nem aleatoriedade.

Neste diapasão, com efeito, a despeito da sua destinação e do seu objetivo, o contrato de plano de saúde enc relação obrigacional de natureza bilateral e comutativa, estando, por óbvio, volvido à prestação de serviços médico-hospitalares ao contratante em contraposição às mensalidades que lhe estão afetas. A operadora, co sociedade empresária volvida ao lucro, inexoravelmente, na expressão da livre iniciativa consagrada como ordem econômica constitucional (CF, art. 170), não pode ser compelida a fomentar os serviços convencion respectiva contrapartida e, sobretudo, a preservação do equilíbrio econômico-financeiro da prestação.

Assim é que os reajustes das mensalidades somente poderão ser reputados abusivos se evidenciado que fora realizados de forma aleatória, ou seja, sem o necessário respaldo atuarial subjacente, à medida em que, a de vínculo havido entre as partes encerra relação de consumo, o contrato ainda encerra fonte de direitos e obr somente tolerando interseção, na expressão da livre iniciativa, se contemplar disposições abusivas ou iníqu coloquem o consumidor em situação de desvantagem (CDC, art. 51).

Sob essas premissas, em tendo o apelante ventilado a subsistência de reajuste abusivo, competia-lhe lastread aduzira com um mínimo de sustentação, inclusive mediante apresentação de informes editados pelos órgãos especializados acerca dos reajustes médios praticados pelas operadoras no período que as mensalidades que afetas foram reajustadas. No mesmo sentido, cabia-lhe impugnar a prova técnica, através de questionamento do juízo *a quo* que tivessem o condão de permitir inferir a aludida abusividade do reajuste ou a inexistência atuarial que desse azo à mitigação do grau de sinistralidade. No entanto, o pedido de esclarecimento não ati desiderato, considerando que, apenas, repisara questões já apontadas pelo *expert* ou que exigissem conheci preponderantemente jurídico[11].

Considerando que, contudo, ignorando completamente o ônus probatório que lhe estava reservado, pois enc evidenciação da abusividade do reajuste, fato constitutivo do direito que invocara, o apelante permanecera i cingindo-se a alinhar a argumentação que formulara, não cuidando de colacionar qualquer elemento apto a que aduzira, o direito que invocara restara carente de suporte subjacente. Sob esse prisma, não se afigura co devido processo legal e a força obrigatória do contrato como expressão da autonomia da vontade se assimil e se reconhecer o direito, pois carente de qualquer subsídio material, notadamente elementos aptos a eviden os reajustamentos foram realizados de forma aleatória, e não pautados por parâmetros atuariais. Em suma, c invocado restara carente de lastro subjacente, ficando patente que o apelante não se safara do encargo proba atraíra para si na expressão da cláusula geral que regula o ônus probatório (CPC, art. 373, I).

Deve ser frisado que, conquanto viável a inversão do ônus probatório, a subversão demandava a subsistênci elementos mínimos aptos a induzirem plausibilidade à argumentação que formulara. Considerando que, cor acentuado, o apelante não coligira nenhum elemento apto a conferir plausibilidade ao direito que invocara r da argumentação que desenvolvera, a inversão do ônus probatório se tornara juridicamente insustentável. C corolário, ressoa que a abusividade ventilada derivara de simples argumentos desguarnecidos de lastro mate subjacente, tornando inviável sua assimilação. O percentual que alcançara, por si só, não induz abuso, pois tecnicamente em conteúdo atuarial. Ademais, a operadora colacionara demonstrativos aos autos que denota reajustamento praticado fora pautado por critérios atuariais, o que somente corrobora o aduzido.

À míngua de prova em sentido contrário, não há que se falar em abusividade do reajuste em razão da elevaç custos da operadora dos serviços de saúde, porquanto tivera por escopo preservar o equilíbrio atuarial do si forma a garantir a continuidade da cobertura aos segurados. Os argumentos alinhados, aliás, encontram con entendimento externado por esta egrégia Casa de Justiça ao enfocar questão similar, consoante asseguram c adiante ementados:

“DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. BENEFICIÁRIA. APOSENTADORIA. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO. ÍNDICES DE REAJUSTE DOS CONTRATOS INDIVIDUAIS. LIMITAÇÃO DA ANS. NÃO APLICAÇÃO. EQUILÍBRIO ATUARIAL. ABUSIVIDADE. INEXISTÊNCIA.

I. O direito de permanência na condição de beneficiário aos aposentados, assegurada pelos artigos 30 e 9.656/98 e no contrato coletivo, implica garantia de manutenção da mesma segmentação e cobertura, da assistencial, da área de abrangência, do padrão de internação, não alcançando questões referentes a prêmios mensais ou reajustes.

II. Em se cuidando de plano coletivo empresarial patrocinado, não incidem as normas e limitações impostas pela ANS.

III. Nos planos coletivos, o índice de reajuste por variação de custos é definido conforme as normas contratualmente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a empresa que contratou o plano.

IV. Deu-se provimento ao recurso.

(Acórdão n.795868, 20130111406442APC, Relator: JOSÉ DIVINO DE OLIVEIRA, Revisor: VERA ANDRÉIA, Turma Cível, Data de Julgamento: 04/06/2014, Publicado no DJE: 17/06/2014. Pág.: 183)

APELAÇÃO. PROCESSUAL CIVIL. CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO REVISIONAL DE CLÁUSULA CONTRATUAL. LEGITIMIDADE ATIVA. BENEFICIÁRIO DESTINATÁRIO FINAL DO SERVIÇO. PRESCRIÇÃO. NÃO INCIDÊNCIA DO ART. 27 DO CDC. APLICAÇÃO RESTRITA ÀS HIPÓTESES DE REPARAÇÃO DE DANOS POR FATO DO PRODUTO OU DO SERVIÇO. APLICAÇÃO DA REGRA GERAL DO ART. 205 DO CÓDIGO CIVIL. PRAZO DECENAL. AUSÊNCIA DE VÍNCULO CONTRATUAL DIRETO ENTRE AS PARTES. COBERTURA DECORRENTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO. PLANO COLETIVO EMPRESARIAL PATROCINADO. RECONHECIMENTO. NÃO INCIDÊNCIA DOS ÍNDICES DE REAJUSTE DOS CONTRATOS INDIVIDUAIS. LIMITAÇÃO PELAS CLÁUSULAS QUE NÃO SÃO APLICÁVEIS AOS PLANOS COLETIVOS. REAJUSTE POR ADITIVO CONTRATUAL. O PLANO DE SAÚDE E O PATROCINADOR. MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. VALORES INFERIORES AOS COBRADOS PELOS PLANOS INDIVIDUAIS POSTOS NO MERCADO. ABUSIVIDADE INEXISTENTE.

1. AINDA QUE O PLANO DE SAÚDE SEJA CONTRATADO POR INTERMÉDIO DE TERCEIRO, O ESTIPULANTE, O BENEFICIÁRIO É O DESTINATÁRIO FINAL DO SERVIÇO, SENDO PORTANTO PARTE LEGÍTIMA PARA FIGURAR NO POLO ATIVO DE AÇÃO QUE BUSQUE DISCUTIR A VALIDADE DAS CLÁUSULAS DO CONTRATO. (AGRG NO RESP 1336758/RS, REL. MINISTRO SIDNEI BENEVIDES, TERCEIRA TURMA, JULGADO EM 20/11/2012, DJE 04/12/2012);

2. O PRAZO PRESCRICIONAL DE DEMANDA EM QUE SE PLEITEIA A REVISÃO DE CLÁUSULA ABUSIVA DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE É DE 10 (DEZ) ANOS, NOS TERMOS DO ART. 205 DO CÓDIGO CIVIL. O ART. 27 DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR SOMENTE SE APLICA A DEMANDAS NAS QUAIS SE DISCUTE A REPARAÇÃO DE DANOS CAUSADOS POR FATO DO PRODUTO OU DO SERVIÇO (RESP 1261469/RJ, REL. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, JULGADO EM 16/10/2012, DJE 19/10/2012);

3. NÃO HAVENDO VÍNCULO CONTRATUAL ENTRE O PLANO E A SEGURADA, RESULTANDO REAJUSTES DE ADITIVOS CONTRATUAIS CELEBRADOS ENTRE AQUELA E A ANTIGA EMPREGADORA DESTA, PATROCINADORA DO PLANO, ESTE CONTINUA A SER DEFINIDO COMO EMPRESARIAL COLETIVO PATROCINADO, MESMO APÓS O DESLIGAMENTO DA PATROCINADORA, POIS QUE BENEFICIÁRIA DA MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO. INTELIGÊNCIA DOS ARTS. 30 E 31 DA LEI 9.656/98;

4. OS LIMITES DE REAJUSTE PREVISTOS PELA ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR PARA OS PLANOS INDIVIDUAIS NÃO SE APLICAM AOS PLANOS COLETIVOS, VIRTUDE DE O ÍNDICE DE REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS SER DEFINIDO CONFORME AS NORMAS CONTRATUAIS LIVREMENTE ESTABELECIDAS ENTRE A OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE E A EMPRESA QUE CONTRATOU O PLANO, POR NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL DO SISTEMA;

5. O VALOR DO PLANO, E SEUS CONSEQUENTES REAJUSTES, NÃO PODEM SER CONSIDERADOS ABUSIVOS QUANDO, COMPARADO À MESMA MODALIDADE DO PLANO INDIVIDUAL OFERECIDO NO MERCADO, MORMENTE QUANDO SE CONSTITUI EM VALOR MUITO INFERIOR À ESTE; RECURSO REJEITADO. PEDIDO JULGADO IMPROCEDENTE. RECURSO DA AUTORA JULGADO PREJUDICADO." (Acórdão nº 661274, 20120111296399APC, Relator: ALFEU MACHADO, Revisor: TACIANO CAETANO, 1ª Turma Cível, Data de Julgamento: 13/03/2013, Publicado no DJE: 18/03/2013. Pág.: 144)

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. BENEFICIÁRIA. APOSENTADORIA. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO. ÍNDICES DE REAJUSTE DOS CONTRATOS INDIVIDUAIS. LIMITAÇÃO DA ANS. NÃO APLICAÇÃO. EQUILÍBRIO ATUARIAL. ABUSIVIDADE. INEXISTÊNCIA.

I. O DIREITO DE PERMANÊNCIA NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO AOS APOSENTADOS, ASSEGURADA PELOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/98 E NO CONTRATO COLETIVO, IMPLICA GARANTIA DE MANUTENÇÃO DA MESMA SEGMENTAÇÃO E COBERTURA, DA REDE ASSISTENCIAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA, DO PADRÃO DE INTERNAÇÃO, NÃO ALCANÇANDO QUESTÕES REFERENTES A PRÊMIOS OU MENSALIDADES OU REAJUSTES.

II. EM SE CUIDANDO DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL PATROCINADO, NÃO INCIDEM AS NORMAS E LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELA ANS, POIS NOS PLANOS COLETIVOS, O ÍNDICE DE REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS É DEFINIDO CONFORME AS NORMAS CONTRATUAIS LIVREMENTE ESTABELECIDAS ENTRE A OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE E A EMPRESA QUE CONTRATOU O PLANO, DEVENDO A AGÊNCIA REGULADA SER APENAS COMUNICADA DO REAJUSTE.

III. NÃO SE CONHECEU DO RECURSO DA AUTORA. DEU-SE PROVIMENTO AO APELO DA RÉ (Acórdão nº 681263, 20120111176148APC, Relator: JOSÉ DIVINO DE OLIVEIRA, Revisor: ANA MARIA DUARTE AMARANTE BRITO, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 29/05/2013, Publicado no DJE: 04/06/2013. Pág.: 215)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL - COMINATÓRIA - OBRIGAÇÃO DE FAZER - CONTRATO COLETIVO/EMPRESARIAL DE PLANO DE SAÚDE - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - INAPLICABILIDADE - RESCISÃO UNILATERAL - ADMISSIBILIDADE - REAJUSTES DE MENSALIDADES EM RAZÃO DA VARIAÇÃO DOS CUSTOS E/OU DO AUMENTO DA SINISTRALIDADE - RESTITUIÇÃO DE DESPESAS MÉDICAS REALIZADAS APÓS A RESCISÃO CONTRATUAL - IMPOSSIBILIDADE.

1. Os contratos de plano de saúde coletivo/empresarial não se submetem aos regramentos do Código de Defesa do Consumidor, mas aos ditames do Código Civil, porquanto decorrem de relações comerciais firmadas entre pessoas físicas e jurídicas.

2. O artigo 13, § único, da Lei nº 9.656/98, veda a rescisão unilateral somente de plano de saúde contratado individualmente. Por conseguinte, admite-se a rescisão unilateral de plano de saúde coletivo/empresarial que atende aos ditames legais e contratuais, ou seja, precedida de prévia oferta de plano individual aos beneficiários comunicada com 30 (trinta) dias de antecedência e decorrente da inviabilidade de fornecimento do serviço ou da insuficiência do quantitativo de beneficiários atendidos.

3. Os valores das mensalidades dos contratos de planos de saúde coletivo/empresarial são reajustados anualmente com a finalidade de manter o equilíbrio contratual em razão da variação dos custos e/ou do aumento da sinistralidade, mas não dependem de prévia aprovação da Agência Nacional de Saúde - ANS segundo o artigo 13, § 2º, da Lei nº 9.656/98, aplicável somente aos planos de saúde individual.

4. Revela-se impossível o ressarcimento de despesas médicas realizadas durante o período de cancelamento de contrato que atendeu aos ditames legais e contratuais.

5. Recurso conhecido e provido." (Acórdão n.634858, 20100110041709APC, Relator: J.J. COSTA CARVALHO, Revisor: SERGIO ROCHA, 2ª Turma Cível, Publicado no DJE: 21/11/2012. Pág.: 92)" (grifos nossos)

Ademais, em conformidade com a regulação específica, na contratação de serviços de plano de saúde, conforme o artigo 16, inciso XI, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998[12], que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o instrumento negocial contemplara com clareza os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias, em suas cláusulas 45.0, 45.0.1, 45.0.2, 45.0.3, 46.0 e 47.0[13]. Em cotejo com as disposições contratuais transcritas, sopesando que a apelada justificara que a majoração das prestações decorria da variação dos custos médico-hospitalares, afere-se que a majoração das mensalidades não decorreria de simples aumentos arbitrários e sem necessidade, mas com a finalidade última de adequar os valores cobrados aos preços dos custos decorrentes da ampliação das garantias asseguradas aos usuários, notadamente da variação dos custos médico-hospitalares e despesas gerais da contratada, com vistas a mitigar o grau de sinistralidade. Ou seja, o reajuste aplicado no ano de 2017 fora pautado por critérios atuariais destinados a assegurar a higidez do plano, e não critérios aleatórios volvidos a fomentar incremento desguarnecido de lastro subjacente à operadora.

Alinhados os argumentos delineados e aferido que, consoante pontuado, o apelante permanecera vinculado ao plano de saúde ao qual aderira sob o formato de contrato coletivo de saúde por adesão, os reajustes promovidos pela operadora não violam a legislação que regulara a espécie, não havendo que se perquirir por abusividade, no porque obedecem a critérios atuariais aplicáveis a essa espécie contratual, além de escalonados com o fito de manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e de mitigar o grau de sinistralidade, ante o crescimento do ramo de negócio pelo aumento advindo da utilização do plano de saúde pela massa de segurados, conforme consignado na prova pericial.

A pretensão formulada pelo apelante, assim, a par de vulnerar a lógica do sistema, implica pretensão volvida em alcance de vantagem desguarnecida de lastro, cujos custos, obviamente, serão rateados entre os demais participantes do grupo. Desses argumentos, alinhavados de conformidade com o entendimento que atualmente está estratificado nos pretórios nacionais, afere-se que o apelo deve ser desprovido, pois o direito invocado restara carente de sustentação, sendo, ao invés, infirmado pela prova técnica produzida, que ratificara o lastro técnico do aumento questionado.

Alfim, deve ser frisado que, desprovido o apelo e tendo sido aviado sob a nova regulação processual, o apelo sujeita-se ao disposto no artigo 85, § 11, do novel Código de Processo Civil, que preceitua que, resolvido com honorários advocatícios originalmente fixados deverão ser majorados levando-se em conta o trabalho adicional realizado no grau recursal, observada a limitação contida nos §§ 2º e 3º para a fixação dos honorários advocatícios na fase de conhecimento, que não poderá ser ultrapassada. Assim é que, arbitrada a verba originalmente no valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), a verba deve ser majorada, ponderados os serviços desenvolvidos pelos patronos da apelada, para o equivalente a R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais), devidamente atualizado (CPC, arts. 85, § 2º), cuja exigibilidade fica suspensa em razão da gratuidade da justiça deferida.

Estofado na argumentação alinhada, com a devida vênia do eminente Relator, negando provimento a mantença intacta a sentença devolvida a reexame, rejeitando integralmente o pedido inicial. Considere o apelo restara desprovido, majoro os honorários advocatícios que originalmente foram imputados a apelada para o equivalente a R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais), o qual deve ser devidamente atualizado monetariamente (CPC, arts. 85, §§ 2º e 11), ressalvada a suspensão da exigibilidade em razão da gratuidade da justiça deferida.

É como voto.

[1] - Contrato Club Dame de ID 4428618, fls. 24/44.

[2] - Contrato de Seguro de Assistência Médico-Hospitalar Club Dame de ID 4428618, fls. 24/44.

[3] - Comunicados de reajustes de planos coletivos à ANS de ID 4428632, fls. 105/106.

[4] - Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-plano>
Acesso em 08/03/2019, às 12h52.

[5] - Relatório de desempenho relativo a maio de 2016 a abril de 2017 de ID 4427637, fls. 139/140.

[6] - Laudo pericial de ID 4428680, fls. 204/206.

[7] - Contrato Club Dame de ID 4428618, fls. 24/44.

[8] - FERNANDES, E.; NETO, A. *Contabilidade aplicada ao direito*. 1ª. Ed. Saraiva, 2014. p. 228.

[9] - Relatório de desempenho relativo a maio de 2016 a abril de 2017 de ID 4427637, fls. 139/140.

[10] - Réplica de ID 4428646, fl. 171.

[11] - Pedido de esclarecimento de ID 4428694, fl. 220; e Esclarecimentos do perito do juízo *a quo* de ID 4428694, fls. 239/241.

[12] - "Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: [...]"

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias."

A Senhora Desembargadora SIMONE LUCINDO - 3º Vogal

Com a divergência.

O Senhor Desembargador RÔMULO DE ARAÚJO MENDES - 4º Vogal

Com as mais respeitosas vênias ao Eminentíssimo Relator, acompanho a divergência.

É como voto.

DECISÃO

JULGAMENTO PARCIAL: CONHECER DO RECURSO E DAR-LHE PROVIMENTO. DECISÃO POR MAIORIA, VENCIDO O 2º VOGAL. EM CONTINUIDADE DE JULGAMENTO, COM A AMPLIAÇÃO DO QUÓRUM: CONHECER DO RECURSO E NEGAR-LHE PROVIMENTO. DECISÃO POR MAIORIA, VENCIDOS O RELATOR E O 1º VOGAL. REDIGIRÁ O ACÓRDÃO O 2º VOGAL. JULGAMENTO REALIZADO NA FORMA DO ART. 942, DO CPC, COM QUÓRUM QUALIFICADO.