

Órgão 1ª Turma Cível

Processo N. APELAÇÃO CÍVEL 0731285-68.2018.8.07.0001

APELANTE(S) _____

APELADO(S) _____

Relator Desembargador TEÓFILO CAETANO

Acórdão N° 1252397

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR E CIVIL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. CONTRATO ANTIGO. APERFEIÇOAMENTO ANTES DA EDIÇÃO E VIGÊNCIA DA LEI Nº 9.656/98. ADAPTAÇÃO. OPÇÃO. INEXISTÊNCIA. SUJEIÇÃO À NOVA REGULACÃO LEGAL. IMPOSSIBILIDADE. PRESERVAÇÃO DO ATO JURÍDICO PERFEITO E DO DIREITO ADQUIRIDO. ENTENDIMENTO FIRMADO PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EM SEDE DE CONTROLE DE CONSTITUCIONALIDADE (ADIN 1931/DF). MENSALIDADES. REAJUSTES. CRITÉRIO DA PERIODICIDADE. READEQUACÃO DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL. 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. PRETENSÃO DE ELISÃO PURA E SIMPLES. INTERSECÇÃO SOBRE AS BASES ATUARIAIS. IMPOSSIBILIDADE. ABUSIVIDADE INEXISTENTE. PROVA AUSENTE. INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA. REAJUSTE. AUTORIZAÇÃO. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA EM GRAU RECURSAL. DESCONSIDERAÇÃO DA SENTENÇA. INVIABILIDADE. AUSÊNCIA DE PRESSUPOSTOS. DESCABIMENTO. APELO. NÃO PROVIMENTO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS RECURSAIS. MAJORAÇÃO DA VERBA ORIGINALMENTE FIXADA. SENTENÇA E APELO FORMULADOS SOB A ÉGIDE DA NOVA CODIFICAÇÃO PROCESSUAL CIVIL (NCPC, ART. 85, §§ 1º, 2º E 11).

1. Consubstancia verdadeiro truísmo que a tutela provisória de urgência da espécie antecipatória destina-se a assegurar o direito ou o resultado útil do processo, desde que satisfeitos os requisitos alinhados pelo legislador como indispensáveis a essa resolução por encerrar nítida sumariedade processual conservativa, em regra, restritiva de direito, antes do implemento da solução de mérito, e que a sentença é o ato do Juiz que coloca termo ao processo, resolvendo ou não o mérito da pretensão deduzida (NCPC, arts. 203, § 1º, 300, caput e §3º), emergindo desses institutos a apreensão de que é jurídica e materialmente inviável a desqualificação do provimento judicial qualificado como sentença através de decisão singular e a concessão de tutela de urgência cautelar em desconformidade com o nele estabelecido.



2. O contrato de plano de saúde de natureza coletiva, encartando a beneficiária como contratante imediata, inclusive porque participa pessoalmente do custeio das coberturas, e como destinatária final das coberturas oferecidas, e enlaçando a operadora como fomentadora dos serviços de plano de saúde, inscreve-se na dicção dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, emoldurando-se como relação de consumo e sujeitando-se, pois, às regras protetivas derivadas do Código de Defesa do Consumidor.

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. O contrato de plano de saúde celebrado antes da vigência da Lei 9.656/98, não tendo sido objeto de aditamento de forma a ser adaptado à nova regulação positiva, não está sujeito à incidência do nela disposto, porquanto o legislador constituinte, como garantia e direito fundamental, resguarda o ato jurídico perfeito e o direito adquirido, ressoando indene, portanto, o que restara convencionado como expressão da autonomia de vontade assegurada aos contratantes, norte do direito obrigacional, salvo eventual abusividade, conforme firmado pelo Supremo Tribunal Federal em sede controle de constitucionalidade concentrado (ADIN 1.931/DF).

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 intersecção sob a simples inflexão da natureza da prestação (CF, art. 199).

6. Concertado o contrato antes da vigência da Lei dos Planos de Saúde - Lei nº 9.656/98 - e optando a contratante pela não conformação do convencionado à regulamentação legal, o nela disposto não é passível de interferir no convencionado, tornando inviável que seja içada como lastro para invalidação do critério de reajustamento estabelecido com lastro atuarial, porquanto o respaldo normativo que resguarda o contratado deriva da simples constatação de que, se à época da contratação não existia óbice à modulação concertada, não está sujeita à incidência do disposto na legislação subsequente, ante a salvaguarda constitucional que acoberta o ato jurídico perfeito e o direito adquirido.

7. Ausente prova da abusividade do reajustamento estabelecido com base em periodicidade, pois carente comprovação da inexistência de lastreamento atuarial sufragando o convencionado, e aperfeiçoada a contratação na conformidade da lei que vigorava à época, inviável que seja reputado abusivo e desqualificado o convencionado, devendo ser preservado incólume como expressão da autonomia da vontade e força obrigatória do contratado licitamente, inviabilizando pretensão revisional formulada pela beneficiária das coberturas.

8. Os reajustamentos das mensalidades dos planos coletivos de saúde devem, na moldura normativa e de conformidade com natureza que encerram, ser pautados por critérios atuariais norteados por variáveis inerentes ao ajustamento, notadamente o índice de sinistralidade, os custos de gestão e o retorno financeiro devido à operadora e à administradora, 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, donde não há como sujeitar o contrato coletivo à regulação destinada ao contrato individual.

9. O reajustamento das mensalidades do plano de saúde coletivo decorrente de revisão e/ou reequilíbrio econômico atuarial do contrato, pautado por parâmetros atuariais, e não por critérios aleatórios e discricionários, é impassível de ser qualificado como abusivo ou excessivo, não contrariando as disposições do Código de Defesa do Consumidor, pois volvido justamente a preservar a viabilidade técnica e econômica do plano, sobretudo quando constatado que, a par de a majoração ter sido precedida de estudo atuarial prévio e não de simples, injustificada e irrazoável deliberação da operadora, guarda compatibilidade que irradiara mensalidade compatível com os preços praticados no mercado de planos de saúde.

10. Editada a sentença e aviado o recurso sob a égide da nova codificação processual civil, o desprovemento ou não conhecimento do apelo implica a majoração dos honorários advocatícios originalmente imputados à parte recorrente, porquanto o novo estatuto processual contemplara o instituto dos honorários sucumbenciais 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 (NCPC, arts. 85, §§ 2º e 11).

11. Apelação conhecida e desprovida. Majorados os honorários advocatícios impostos à apelante. Unânime.

ACÓRDÃO

Acordam os Senhores Desembargadores do(a) 1ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, TEÓFILO CAETANO - Relator, SIMONE LUCINDO - 1º Vogal e RÔMULO DE ARAÚJO MENDES - 2º Vogal, sob a Presidência do Senhor Desembargador CARLOS RODRIGUES, em proferir a seguinte decisão: CONHECER DO RECURSO E NEGAR-LHE PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME., de acordo com a ata do julgamento e notas taquigráficas.

Brasília (DF), 03 de Junho de 2020

Desembargador TEÓFILO CAETANO
Relator

RELATÓRIO

Cuida-se de **ação revisional de contrato, com pedido de tutela de urgência**, aviada por _____ em face de _____ objetivando, em sede antecipatória, a cominação à ré da obrigação de emitir boletos bancários, a partir de 28/10/2018, para adimplemento da mensalidade do plano de saúde, com manutenção do valor de R\$ 3.981,17 (três mil reais, novecentos e oitenta e um reais e dezessete centavos), e da obrigação negativa de abster-se, caso adimplida a mensalidade nos termos que requestara, de suspender atendimento médico-hospitalar do qual necessitar. Quanto ao mérito, postulara,



ratificada a medida antecipatória, a cominação à ré da obrigação de mensurar e cobrar as mensalidades originárias do plano contratado em conformidade com os índices fixados pela ANS para os planos de saúde individuais, fixando-se a mensalidade no montante de R\$ 3.015,91 (três mil e quinze reais e noventa e um centavos), pelo interstício de 12 (doze) meses, e que, após aludido período, fizesse incidir somente os reajustes autorizados pela ANS para os planos de saúde individuais, condenando-se a operadora à restituição do montante de R\$ 33.837,28 (trinta e três mil, oitocentos e trinta e sete reais e vinte e oito centavos), decorrente dos reajustes indevidamente aplicados às mensalidades.

[1]

A tutela de urgência fora deferida , determinando-se que a apelada se abstinhasse de cobrar as mensalidades majoradas na forma que implementara, a partir do mês de agosto de 2018, e, ademais, emitisse boletos no valor de R\$ 3.981,27 (três mil, novecentos e oitenta e um reais e vinte e sete centavos), sob pena de multa mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), até o limite de R\$ 20.000,00 (vinte

[2]

mil reais). Aperfeiçoada a relação processual e cumprido o itinerário procedimental, adviera sentença , que, a par de declarar a prescrição do pedido de repetição das parcelas referentes a período anterior a 3 (três) anos, a contar da data da propositura da ação, julgara improcedentes os pedidos ao fundamento de que, nos planos de saúde ajustados na modalidade coletiva, não há percentual de reajuste previamente indicado pela ANS, devendo o reajustamento apenas ser comunicado ao órgão, obstando que haja a modulação dos reajustes promovidos pela operadora, pois contam com previsão contratual e não fora evidenciada a abusividade dos reajustamentos promovidos.

[3]

Inconformada, a autora apelara almejando a reforma da sentença. Como suporte da pretensão reformatória defendera a não incidência da prescrição trienal à espécie, uma vez que, cuidando-se de relação de consumo, o prazo prescricional incidente é o quinquenal, nos termos do artigo 27 do estatuto consumerista. Quanto ao mérito, assinalara que a sentença fora proferida com base em contrato de plano de saúde inexistente nos autos, uma vez que o concerto primevo, segundo informado pela apelada à apelante, expirara-se na data de 30/09/1992, oportunidade em que passara a vigor novo contrato.

Frisara que a sentença fora proferida com lastro em documento inexistente nos autos, cuidando-se de pretensão contrato coletivo de saúde que a apelante teria firmado, o qual dataria do ano de 1992, ou seja, de período superior a 27 (vinte e sete) anos. Afirmara que, por diversas oportunidades, intentara obter cópia do instrumento concertado perante a apelada, obtendo sempre a mesma informação, consubstanciada na inexistência do documento, ressaltando que, por se cuidar de concerto há muito firmado, a apelada nem sequer possui cópia do documento, evidenciando a ausência de comprometimento com seus clientes e denotando falha na prestação de serviços. Registrara que o direito que agitara encontra-se supedaneado na circunstância de que a empresa apelada nem sequer possui vínculo com o Superior Tribunal de Justiça, do qual fora servidora.

Consignara que em uma das oportunidades em que intentara obter cópias do contrato apresentara requerimento perante aquele sodalício, obtendo a resposta de que, desde a data de 1/10/1992, com o início de funcionamento do Programa de Assistência aos Servidores do Superior Tribunal de Justiça – Pró-Ser, restara desfeito o vínculo contratual coletivo com a apelada, restando evidenciado que a operadora se conduz com má-fé com o intuito de induzir a erro o Juízo, uma vez que aludida informação jamais lhe fora transmitida, ensejando, pois, referido comportamento, infringência ao preceituado no artigo 6º, inciso III, do estatuto consumerista. Apontara que, conquanto a sentença vergastada houvera realizado menção a suposto concerto constante nos autos, o instrumento contratual correlato não existe, porquanto encerrado por decurso de prazo há mais de 25 (vinte e cinco) anos.

Aludira à Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 19, de 25 de março de 1999, cujo artigo 1º determina a obrigação de a apelada ofertar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual, na hipótese de cancelamento do benefício coletivo, o que não se perfectibilizara na espécie, uma vez que jamais fora consultada acerca da questão, medida que deveria ter sido empreendida,



segundo sustentara, na data de 02 de outubro de 1992, quando deixara de existir o precitado instrumento coletivo. Registrara que tal circunstância denota que a apelada pretende onerar de forma descabida seus consumidores por meio da majoração desarrazoada das mensalidades do plano de saúde coletivo por adesão, perfectibilizada anualmente, com lastro em critérios atuariais.

Sustentara a ausência de demonstração de quaisquer majorações de custos hábeis a amparar o pretensão aumento de mensalidades. Afirmara a ilegitimidade do reajuste anual praticado, porquanto desarrazoado e desproporcional, configurando-se a abusividade praticada pela apelada, que, apontando argumentação genérica, não lograra respaldar o reajuste no percentual de 25% (vinte e cinco por cento), inexistindo justificativa jurídica ou econômica para o acréscimo nos moldes praticados. Registrara que a inflação apurada, no curso do ano de 2018, fora de 3,75% (três vírgula setenta e cinco por cento), consoante dados disponíveis no sítio eletrônico do Banco Central do Brasil.

Afirmara, a título exemplificativo, que, no caso concreto, vertera, no ano de 2001, o montante de R\$ 223,97 (duzentos e vinte e três reais e noventa e sete centavos), mensalmente, para pagamento do plano de saúde, valor que fora gradualmente incrementado, e, transcorridos 17 (dezesete) anos desde então, alcançara o elevadíssimo montante de R\$ 4.994,50 (quatro mil, novecentos e noventa e quatro reais e cinquenta centavos), perfazendo aumento percentual de 2.129,99% (dois mil, cento e vinte e nove reais e noventa e nove centésimos por cento), o que demonstraria sua abusividade. Registrara que, dessa forma, devem ser aplicados à espécie os índices de reajustes adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aos planos de saúde individuais, nas respectivas porcentagens, para os últimos 03 (três) anos, com devolução dos valores excedentes a aludidos percentuais e já adimplidos pela apelante.

Alfim, registrara que a liminar pleiteada originariamente fora concedida na data de 23 de outubro de 2018, oportunidade em que restara autorizado o pagamento do valor de R\$ 3.981,27 (três mil, novecentos e oitenta e um reais e vinte e sete centavos), e, diante da superveniência da sentença apelada, a medida antecipatória resultara esvaziada quanto a seus efeitos. Pontuara que, afigurando-se presentes argumentos robustos e suficientes para o deferimento da tutela provisória de urgência, e diante do perigo da demora, caso necessário aguardar-se até o julgamento final do apelo, deve ser concedida a medida antecipatória.

[4]

Devidamente intimada, a apelada apresentara contrarrazões ao apelo, pugnando pelo seu desprovemento. Refutara o argumento de existência dos requisitos autorizadores da concessão de tutela antecipatória, sustentando que o instrumento contratual que enlaça as partes encontra-se devidamente colacionado aos autos, especificamente no ID de número 27901444, afigurando inverossímil a alegação de que negara acesso, ao referido documento, cujas regras de ajuste são claras e se encontram expressas no instrumento, à autora. Registrara que a apelante é beneficiária do plano coletivo STJ Ministros 435783, C3 – EXEC II, o qual fora implementado em 28 de junho de 1998, encontrando-se plenamente ativo. Defendera que os contratos coletivos e individuais possuem formas de regulamentação distintas no tocante aos reajustes anuais, havendo a cláusula vigésima primeira do concerto versado expressamente sobre o tema, esclarecendo que, conquanto haja expressa autorização legal para aplicação de reajustes anuais a idosos, a hipótese vertente não trata de reajuste por faixa etária, de sorte que a apelante realizara equivocada interpretação do artigo 15, § 3º, do estatuto do idoso.

Afirmara que, ao revés do consignado nas razões recursais deduzidas pela apelante, houvera aplicação de reajuste com o objetivo único de restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro do avençado, afigurando-se surreal o argumento de que, ao longo do tempo, o valor da mensalidade fora acrescido em patamar superior a 2.000% (dois mil por cento), uma vez que desconsiderada a desvalorização anual, suportada pela moeda, sendo descabida a comparação do valor da mensalidade atual com aquele praticado há 17 (dezesete) anos. Consignara que o contrato em testilha não pode ter o índice de reajuste financeiro de suas mensalidades fixado com lastro nos índices delimitados pela ANS, porquanto aplicáveis exclusivamente aos contratos individuais. Pontuara que, na espécie, o reajuste anual que estabelecera reveste-se de legalidade, consoante autorizado pela Lei nº 9.656/98 e regulamentações da



ANS, em especial, a Resolução Normativa nº 171, de 28 de abril de 2008, segundo a qual as operadoras de plano de saúde devem comunicar a ANS acerca dos reajustes aplicados aos planos coletivos.

O recurso é tempestivo, fora subscrito por advogados regularmente constituídos, devidamente preparado e corretamente processado.

É o relatório.

[1]- Decisão de ID 9932037.

[2]- Sentença de ID 9932138

[3]- Apelação de ID 9932154

[4]- Contrarrazões de ID 9932161

VOTOS

O Senhor Desembargador TEÓFILO CAETANO - Relator

Cabível, tempestivo, subscrito por advogados regularmente constituídos e municiados com capacidade postulatória, devidamente preparado, satisfazendo, pois, os pressupostos objetivos e subjetivos que lhe são inerentes, conheço do apelo.

Cuida-se de ação revisional de contrato, com pedido de tutela de urgência, aviada por _____ em face de Vison Med Assistência Médica objetivando, em sede antecipatória, a cominação à ré da obrigação de emitir boletos bancários, a partir de 28/10/2018, para adimplemento da mensalidade do plano de saúde, com manutenção do valor de R\$ 3.981,17 (três mil reais, novecentos e oitenta e um reais e dezessete centavos), e da obrigação negativa de abster-se, caso adimplida a mensalidade nos termos que requestara, de suspender atendimento médico-hospitalar do qual necessitar. Quanto ao mérito, postulara, ratificada a medida antecipatória, a cominação à ré da obrigação de mensurar e cobrar as mensalidades originárias do plano contratado em conformidade com os índices fixados pela ANS para os planos de saúde individuais, fixando-se a mensalidade no montante de R\$ 3.015,91 (três mil e quinze reais e noventa e um centavos), pelo interstício de 12 (doze) meses, e que, após aludido período, fizesse incidir somente os reajustes autorizados pela ANS para os planos de saúde individuais, condenando-se a operadora à restituição do montante de R\$ 33.837,28 (trinta e três mil, oitocentos e trinta e sete reais e vinte e oito centavos), decorrente dos reajustes indevidamente aplicados às mensalidades.

A tutela de urgência fora deferida, determinando-se que a apelada se abstivesse de cobrar as mensalidades majoradas na forma que implementara, a partir do mês de agosto de 2018, e, ademais, emitisse boletos no valor de R\$ 3.981,27 (três mil, novecentos e oitenta e um reais e vinte e sete centavos), sob pena de multa mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), até o limite de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). Aperfeiçoada a relação processual e cumprido o itinerário procedimental, adviera [1] sentença , que, a par de declarar a prescrição do pedido de repetição das parcelas referentes a período anterior a 3 (três) anos, a contar da data da propositura da ação, julgara improcedentes os



pedidos ao fundamento de que, nos planos de saúde ajustados na modalidade coletiva, não há percentual de reajuste previamente indicado pela ANS, devendo o reajustamento apenas ser comunicado ao órgão, obstando que haja a modulação dos reajustes promovidos pela operadora, pois contam com previsão contratual e não fora evidenciada a abusividade dos reajustamentos promovidos.

Inconformada, a autora apelara almejando a reforma da sentença. Como suporte da pretensão reformatória, sustentara a apelante, em suma, que a sentença fora proferida com lastro em contrato de plano de saúde inexistente nos autos, uma vez que o concerto invocado pela apelada não possui vigência, havendo sido sucedido no ano de 1992 pelo Pró-Ser – Programa de Assistência aos Servidores do Superior Tribunal de Justiça –, que não há demonstração de majoração de custos apta a justificar os reajustes, ensejando sua abusividade, e, ademais, que a prescrição incidente à hipótese é quinquenal. Do aduzido, afere-se que o cerne da controvérsia estabelecida entre os litigantes reside na aferição da legalidade dos reajustes das mensalidades do plano de saúde coletivo por adesão contratado pela apelante junto à apelada com lastro em critérios atuariais, e, caso subsistente o argumento de ilegitimidade do reajuste praticado, do lapso prescricional incidente na espécie.

Havendo a apelante formulado pretensão recursal antecipatória, deve aludido pleito ser primeiramente apreciado. Consubstancia verdadeiro truísmo que a tutela provisória de urgência da espécie antecipatória destina-se a assegurar o direito ou resultado útil do processo, desde que satisfeitos os requisitos alinhados pelo legislador como indispensáveis a essa resolução por encerrar nítida sumariedade processual conservativa, em regra, restritiva de direito, antes do implemento da solução de mérito, e que a sentença é o ato do Juiz que coloca termo ao processo, resolvendo ou não o mérito da pretensão deduzida (NCPC, arts. 203, § 1º, 300, caput e §3º). Do mesmo modo, é cediço que, editado provimento judicial traduzido em sentença, afigura-se juridicamente impossível ser concedida tutela de urgência antecipatória em descompasso com o decidido e antes da resolução, pelo órgão revisional competente, do recurso interposto objetivando sua reforma, à medida em que é inviável a desqualificação da sentença e a concessão da tutela que negara através de decisão singular do relator da apelação aviada almejando sua reforma.

Dessas inexoráveis apreensões emerge a constatação de que a pretensão formulada pela apelante no sentido de que seja concedida tutela antecipatória destinada a lhe assegurar o reajuste de mensalidade nos termos que formulara e que fora negado pelo provimento sentencial destoa das balizas que regulam o devido processo legal. Com efeito, prolatada a sentença e rejeitado o pedido que formulara, sem que lhe fosse mantido o deferimento da tutela de urgência já requerida, o que lhe é lícito é perseguir a reforma do originalmente decidido e o consequente acolhimento da pretensão que originalmente deduzira mediante o aviamento da competente apelação. Aviado o recurso, enquanto não resolvido, é impassível de ser modificada ou desconsiderada a sentença e concedida a tutela pretendida, pois impassível de desconsideração por deixar desguarnecido de verossimilhança o aduzido e plausibilidade o direito invocado. **Rejeito, portanto, a arguição em tela, porquanto, a par de incabível, carente de lastro material subjacente.**

Estabelecidos esses parâmetros, afere-se, inicialmente, que, conquanto haja sido estabelecida nos autos controvérsia acerca do lapso prescricional incidente à espécie, a qual fora reprisado no apelo e nas correlatas contrarrazões, em virtude de encadeamento lógico, aludida matéria será examinada ao final, uma vez que somente terá eficácia a pretensão condenatória caso acolhida a pretensão revisional, hipótese em que, então, afigurar-se-á oportuna a apreciação da matéria para efeitos de modulação temporal da pretensão agitada. Ou seja, acaso refutada a pretensão revisional, implicando a inexistência de qualquer parcela a ser repetida, inócua a definição do prazo incidente sobre a pretensão de molde a ser modulado seu alcance, pois refutado o direito do qual emergiria.

Alinhadas esses registros, sobreleva impassível de controvérsia que o relacionamento existente entre as litigantes qualifica-se como relação de consumo, afigurando-se inteiramente dispensável o alinhamento de quaisquer considerações acerca da emolduração da sua natureza jurídica. E isso se verifica ante a irreversível evidência de que a apelada se emoldura como prestadora de serviços e a apelante, de seu turno, se enquadra como destinatária final dos serviços fomentados, inscrevendo-se o liame havido na dicção dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor.



Ademais, acerca da argumentação agitada longamente pela apelante no tocante à inexistência da comprovação das condições que pautam o vínculo contratual com a apelada, chegando a sugerir que não manteriam relacionamento, o aduzido encerra postura contraditória, tangencia a boa-fé e ignora a realidade material retratada nos autos. Ora, do detido cotejo dos autos afere-se que a designação atualmente ostentada pela apelada encerra a nova denominação da _____, com a qual a apelante concertara originariamente o plano de saúde, consoante se afere dos atos constitutivos colacionados aos autos[2].

Ademais, ao invés do que sugerira, a apelada colacionada as condições que pautam o vínculo obrigacional, e a ausência dessa formatação, aliás, se não colacionada, em verdade afetaria a própria argumentação desenvolvida pela apelante, podendo até mesmo conduzir à afirmação da inépcia da inicial e da falta de pressuposto processual indispensável. É que, como comezinho, formulando pretensão de revisão de cláusulas contratuais, obviamente que deveria ter aparelhado a inicial com as condições que pautam o vínculo e das quais emergiriam o direito invocado. Se não as possuía, estivera a seu dispor o instrumento cautelar adequado para obtê-las, o que, ademais, fora suprido pelas condições colacionadas, ao invés do longamente sugerido e defendido à margem da realidade material. Ademais, a apelante visa revisar as condições financeiras no vínculo, não tendo postulado em qualquer momento a declaração de inexistência da relação, o que somente corrobora o comportamento contraditório que assumira, tangenciando a boa-fé processual.

Estabelecidas essas premissas e patente que as condições que pautam o vínculo negocial lastreiam os autos, restando incontroverso que a apelante mantém vínculo contratual com a apelada, afere-se que, na carteira de plano de saúde[3] juntada pela apelante, consta que sua adesão se perfizera em 1º de dezembro de 1992, ao passo que o cadastro de seguro grupal de reembolso juntado pela apelada é datado de 21 de agosto de 1996[4]. Além disso, afirmara a apelada em sua defesa[5] que a apelante é beneficiária do plano coletivo STJ Ministros 435783, C3 – EXEC II, implementado em 28 de junho de 1998, que, segundo alegara, encontra-se plenamente ativo. Assim é que, conforme pontuado, conquanto tenha a apelante alegado inexistir instrumento contratual passível de lastrear o arguido pela apelada, os documentos colacionados aos autos evidenciam o reverso, não havendo a apelante logrado infirmar que não se referem ao concerto firmado pelas partes.

Sobressai do cotejo dos autos, outrossim, que, de janeiro de 2015 a julho de 2018, os reajustes anuais culminaram no aumento dos valores referentes às mensalidades do plano de saúde que beneficia a apelante, as quais passaram de R\$ 1.872,36 (um mil, oitocentos e setenta e dois reais e trinta e seis centavos) para R\$ 4.994,50 (quatro mil novecentos e noventa e quatro reais e cinquenta centavos)[6]. Pelo exposto, tem-se como incontroverso que as partes celebraram contrato de plano de saúde, e que o concerto fora firmado em data anterior a 01 de janeiro de 1999, data de início de vigência da Lei nº 9.656/98, razão pela qual inaplicável o diploma normativo ao caso.

Consoante emerge dos elementos coligidos, e conforme assinalado, o relacionamento obrigacional estabelecido entre as partes se iniciara no ano de 1992 e vige até os dias atuais. Destarte, diante do fato de que o contrato é antigo e não houve adaptação à lei, prevendo os reajustes com base nos critérios da correção anual sem limitação de faixas, deve prevalecer o livremente concertado, pois derivado de base atuarial previamente estabelecida. Como cediço, o ato jurídico perfeito é resguardado como inerente à irretroatividade legislativa pelo próprio legislador constitucional. Assim, em se tratando de contrato antigo e não adaptado, não está sujeito à incidência da lei dos planos de saúde, pois lhe é posterior.

Ressalte-se que, em julgamento recente, datado de fevereiro de 2018, o Plenário do Supremo Tribunal Federal julgara parcialmente procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIN nº 1931/DF, que questionava a Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), considerando válida a maioria dos dispositivos questionados, entendendo, contudo, que os contratos celebrados antes da vigência da norma não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos de saúde que encartara. Em tal abordagem, os artigos 10, § 2º, e 35-E da Lei nº 9.656/1998 e o artigo 2º da MP 2.177-44/2001, foram declarados inconstitucionais. Ressalve-se que o acórdão fora publicado em 1º de agosto de 2018[7]. Cumpre ressaltar, destarte, o que dispunham os artigos declarados inconstitucionais, adiante transcritos, para compreensão da matéria em exame:

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial



médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...) §2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores."

(...)

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

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

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior (...)." (grifos nossos)

Frisara o Supremo Tribunal Federal, em síntese, que os dispositivos reputados desconformes previam a incidência de novas regras relativas aos planos de saúde aos contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), criando parâmetros completamente distintos daqueles que foram objeto da contratação, violando, com isso, o direito adquirido e o ato jurídico perfeito, estabelecidos no artigo 5º, inciso XXXVI, da Constituição Federal, devendo-se observar, ademais, o princípio da segurança jurídica, que não autoriza o afastamento de ato jurídico perfeito mediante aplicação de lei nova. De relevo anotar que o eminente relator da ação declaratória de inconstitucionalidade, no Supremo Tribunal Federal, deixara acentuado, ao final da argumentação que desenvolvera, que, à guisa de tutelar o direito do consumidor, o legislador exorbitara o autorizado pela Constituição Federal, substituindo a vontade dos contratantes, incorrendo em inconstitucionalidade, *verbis*:

"(...) Os dispositivos em análise preveem a incidência das novas regras relativas aos planos de saúde em contratos celebrados anteriormente à vigência do diploma. A norma destoa do Texto Maior. A vida



democrática pressupõe segurança jurídica, e esta não se coaduna com o afastamento de ato jurídico perfeito e acabado mediante aplicação de lei nova. É o que decorre do inciso XXXVI do artigo 5º da Constituição Federal:

Art. 5º [...] XXXVI – a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;

É impróprio inserir nas relações contratuais avençadas em regime legal específico novas disposições, sequer previstas pelas partes quando da manifestação de vontade.

(...)

A toda evidência, o legislador, com o intuito de potencializar a proteção do consumidor, extrapolou as balizas da Carta Federal, pretendendo substituir-se à vontade dos contratantes. Salta aos olhos a inconstitucionalidade. Ante o quadro, reafirmo o entendimento externado no exame do pedido liminar, para julgar parcialmente procedentes os pedidos, declarando a inconstitucionalidade dos artigos 10, § 2º, e 35-E da Lei nº 9.656/1998, bem assim do artigo 2º da Medida Provisória nº 2.177-44/2001.

É como voto."[8]

Sob essas premissas, celebrado o contrato que enlaça as litigantes em 1992, portanto, antes da entrada em vigor da Lei 9.656/98, ressaltando-se o fato de que o contrato é antigo e não houvera adaptação à lei, prevendo os reajustes com base nos critérios etários sem limitação de faixas, deve-se observar o concertado originalmente, pois derivado de previsão contratual e de base atuarial. Quanto ao ponto, deflui indene de dúvidas que o caderno contratual ostenta regra, materializada na cláusula 21 que dá estofa ao reajuste em comento, sob pena de condenar a massa de beneficiários a padecerem por falta da prestação do serviço de assistência à saúde, ante o advento do desequilíbrio econômico financeiro do que restara pactuado.

Do alinhado não deflui a ausência de cumprimento, por parte da apelada, do dever de informar ao consumidor sobre os parâmetros de reajuste e, por conseguinte, de descumprimento aos princípios de respeito à função social do contrato e da boa-fé objetiva, ante a inexorável manifestação de vontade da apelante no contrato em que consta cláusula expressa de reajustamento. Deve ser frisado que, na conformidade do estabelecido pela Suprema Corte, o disposto no artigo 15, parágrafo único[9], do diploma legal, somente tem eficácia e aplicação aos contratos celebrados após a data em que entrara a vigor, sob pena de ofensa ao ato jurídico perfeito aperfeiçoado. Sob essa realidade, tratando-se de contrato antigo, não sujeito, portanto, às modulações derivadas da lei dos planos de saúde, deve sobejar o que restara contratado.

Outrossim, como cediço, 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. Assim é que, a par de adstrita a autonomia de atuação e contratação dos planos aos parâmetros legais e normativamente estabelecidos, suas atividades não podem sofrer intersecção sob a simples inflexão da natureza da prestação (CF, artigo 199).

Sob essa realidade contratual e legal, diante do fato de que o contrato é antigo e não houvera a adaptação à nova lei, prevendo os reajustes com base na periodicidade, deve prevalecer o concertado, pois derivado de base atuarial. A propósito, o princípio da mutualidade assenta-se na contribuição proporcional dos usuários do plano de saúde de acordo com a amplitude da cobertura contratada[10]. Assim é que a majoração mensal das parcelas deve ater-se aos custos dos serviços prestados, com um aumento proporcional à elevação de suas despesas de forma a ser preservada a comutatividade do contrato, assegurando equilíbrio atuarial ao plano. É o que ocorre no vertente caso, pois o reajuste anual (periódico), a par de atualmente legitimado pela legislação dos planos de saúde, fundamenta-se na necessidade de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro. Alinhados esses parâmetros, afere-



se que, no presente caso, o contrato firmado entre as partes previra expressamente o incremento da contraprestação do beneficiário em função da atualização periódica, consoante se afere da literalidade da Cláusula 21^a, adiante transcrita:

“CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – O valor do prêmio mensal será expresso em moeda corrente. O reajuste dos prêmios será anual, na data do aniversário da Apólice, e terá por base a variação dos custos médicos e hospitalares (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais, medicamentos, gases medicinais e outros), despesas comerciais, administrativas e gerais da Seguradora, nos últimos 12 (doze) meses, verificada a variação com base em planilha técnica aprovada pela autoridade competente.

Parágrafo Primeiro – A seguradora poderá, em substituição à planilha técnica de custos mencionada no caput desta cláusula, utilizar índices apurados por institui externa idônea e independente ou submeter a referida planilha a exame de auditor independente, registrado nos órgãos competentes.

Parágrafo Segundo – Caso a legislação ou as normas específicas do setor de Seguros, venham permitir reajustes em prazos inferiores a 1 (um) ano, tal permissão será automaticamente aplicada ao presente seguro, passando os reajustes periódicos a ocorrer no menor período admitido. [11]

Destarte, conforme se afere do contrato firmado entre as partes, existe expressa previsão de reajuste periódico lastreado em critério atuarial que enseje o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, lastreado em critérios técnicos que contemple a variação dos custos médicos e hospitalares e tenham, subsidiariamente, o fito de mitigar o déficit técnico nas operações do contrato, também conhecido, na atualidade, como grau de sinistralidade, obtido através da razão matemática entre as despesas e as receitas do plano de saúde.

Assim, não há que se falar em abusividade do reajuste em razão da elevação dos custos da operadora dos serviços de saúde, porquanto tivera por escopo preservar o equilíbrio atuarial do sistema, de forma a garantir a continuidade da cobertura aos segurados. Deve ser frisado que, como cediço, os reajustes das mensalidades dos planos de saúde, pautados por parâmetros atuariais, não são modulados pelos custos genericamente apurados, mas pelos custos dos serviços acobertados – consultas médicas, exames laboratoriais, internações, procedimentos cirúrgicos, materiais médico-hospitalares etc -, inviabilizando que índices setoriais sejam manejados como parâmetro para afirmação da abusividade dos reajustes promovidos. Os argumentos alinhados, aliás, encontram conforto no entendimento externado por esta egrégia Casa de Justiça ao focar questão similar, consoante asseguram os arestos adiante ementados:

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 PELA ANS QUE NÃO SÃO APLICÁVEIS AOS PLANOS COLETIVOS. REAJUSTE POR ADITIVO CONTRATUAL ENTRE O PLANO DE SAÚDE E O PATROCINADOR. MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ATUARIAL. VALOR MUITO INFERIOR AOS COBRADOS PELOS PLANOS INDIVIDUAIS POSTOS NO MERCADO. ABUSIVIDADE INEXISTENTE. 1. AINDA QUE O PLANO DE SAÚDE SEJA CONTRATADO POR INTERMÉDIO DE TERCEIRO, QUE É 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 BENETI, 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 ÀS 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 OS 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, EM 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 DA RÉ CONHECIDO E PROVIDO. PEDIDO JULGADO IMPROCEDENTE. RECURSO DA AUTORA JULGADO PREJUDICADO.” (Acórdão nº 661274, 20120111296399APC, Relator: ALFEU MACHADO, Revisor: TEÓFILO CAETANO, 1ª Turma Cível, Data de Julgamento: 13/03/2013, Publicado no DJE: 18/03/2013. Pág.: 144) grifo nosso

“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 ACERTO. 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)grifo nosso

“CIVIL E PROCESSUAL CIVIL - COMINATÓRIA - OBRIGAÇÃO DE FAZER - CONTRATO COLETIVO/EMPERSARIAL 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 - VIABILIDADE - 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 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 em razão 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 35-E, § 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 do 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)

“AÇÃO DECLARATÓRIA E CONSIGNATÓRIA. REAJUSTE. DANO MORAL. INOCORRÊNCIA. EXTINÇÃO DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. SEGURADO NÃO NOTIFICADO DA RESCISÃO. MANUTENÇÃO. PREVALENCIA DO CDC. MAJORAÇÃO DE HONORÁRIOS. 1. O índice de reajuste nos contratos coletivos é o pactuado entre as partes. Não podendo ser aplicado o índice determinado pela ANS para os contratos individuais em contrato coletivo. 2. O desconforto gerado pelo reajuste do plano de saúde e pela ameaça de seu cancelamento não é suficiente para configurar dano moral, se não existiu nem mesmo negativa da prestação de serviço. 3. "Quando há encerramento do plano de saúde coletivo e esse vem a ser cancelado, tem o segurado o direito de optar pela continuação de cobertura de plano individual." (Ac. de 08.11.2004 na apelação nº2001 01 1 103.462/7, registro nº203776 in DJ 22.02.2005/p.139). 4. Merece prestigiado o valor arbitrado para os honorários advocatícios quando levou em conta a natureza e a importância da causa, o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço. 5 **Recursos improvidos.** (Acórdão n.478760, 20050111312103APC, Relator: ANTONINHO LOPES, Revisor: FERNANDO HABIBE, 4ª Turma Cível, Publicado no DJE: 11/02/2011. Pág.: 93)

Aferido, pois, que não fora produzido nenhum elemento passível de conferir sustentação ao alegado pela apelante no tocante à abusividade dos reajustes promovidos no interstício questionado, remanesce a apreensão de que efetivamente não se guarnecera de causa subjacente que justificasse a insurgência. Assim, demonstrado que os reajustes das mensalidades derivadas do plano que acoberta a apelante não se mostram abusivos ou excessivos, pois não incompatíveis com os praticados no mercado de planos de saúde, ressoa inexorável que a pretensão que deduzira ressoa de lastro, devendo ser mantida incólume a sentença objurgada, consoante expressa da cláusula geral que regula a repartição do ônus probatório (CPC, art. 373, I).

O contratado, portanto, deve ser preservado em conformidade com o princípio da força obrigatória, inclusive porque a apelante não desqualificara o embasamento atuarial que norteara a previsão de reajustes pactuada. Frise-se, novamente, que, diante do fato de que o contrato discutido nos autos é antigo, tendo sido firmado em 1992, e não houvera sua adaptação à nova lei, prevendo os reajustes com base no equilíbrio econômico-financeiro, deve prevalecer o concertado, pois derivado de base atuarial, conforme já explicitado. Sob esse espectro, evidenciado que a mensalidade ajustada tivera sua majoração efetivada nos termos licitamente permitidos, ressoa, por conseguinte, incabível a pretensão de declaração de abusividade do reajuste efetivado e condenação à devolução dos valores correspondentes às diferenças entre as quantias pagas pela apelante e as parcelas sem o referido reajuste, até a data da



concessão da liminar, atualizadas monetariamente desde os respectivos desembolsos, devendo a sentença ser mantida incólume.

Do alinhavado, deflui que o apelo deve ser desprovido, de sorte a serem preservados os reajustes fixados contratualmente, sem considerá-los excessivos, mormente porque baseados estritamente na legislação lida de forma sistemática e em consonância com a lógica econômica do contrato e, ainda com a boa-fé e dever de lealdade, que devem permear o cumprimento dos contratos cativos de longa duração. Como consectário desta resolução, restara prejudicado o pedido subsidiário de reconhecimento de incidência de prescrição quinquenal à espécie, porquanto, não havendo nenhuma parcela a ser repetida, irrelevante a definição do prazo ao qual está sujeita a pretensão repetitória.

Alfim, deve ser frisado que, desprovido o apelo e tendo sido aviado sob a nova regulação processual, a apelante sujeita-se ao disposto no artigo 85, § 11, do novel Código de Processo Civil[12], que preceitua que, resolvido o recurso, os 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, fixada a verba originalmente em 10% (dez por cento) do valor da causa, a verba deve ser majorada, ponderados os serviços desenvolvidos pelos patronos das apeladas, para o equivalente a 15% (quinze por cento) do valor da causa, devidamente atualizado (NCPC, art. 85, § 2º).

Esteado nos argumentos alinhados, nego provimento ao apelo. Outrossim, majoro os honorários advocatícios originalmente imputados à apelante para o equivalente a 15% (doze por cento) do valor da causa, devidamente atualizado monetariamente desde o ajuizamento da ação.

É como voto.

[1]- Sentença de ID 9932138

[2] - 25ª Alteração do Contrato Social da _____, IDNum. 9932069, página 03.

[3] - Carteira de Plano de Saúde de ID 9932028.

[4] - Cadastro de seguro grupal de reembolso de ID 9932095.

[5] - Contestação de ID 9932086 - Pág. 9.

[6] - Comprovantes de pagamento - ID 9932029 e ID 9932032.

[7] - Disponível em <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>. Acesso em 12/03/2019, às 17:28.

[8] - Disponível em:

<https://www.poder360.com.br/wp-content/uploads/2018/02/voto-relator-marco-aureliomello-adi-1931>. Acesso em 15/01/2019, às 15h14.

[9] - "É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos."

[10] - CAVALIERI Filho, Sérgio. Programa de direito do consumidor, 3ª ed., São Paulo, Editora Atlas, 2011, p. 241.



[11] - ID Num. 9932093, página 20.

[12] - NCPC, “Art. 85 - ... § 11 – O tribunal, ao julgar o recurso, majorará os honorários advocatícios fixados anteriormente levando em conta o trabalho adicional realizado em grau recursal, observando, conforme o caso, o disposto nos §§ 2º a 6º, sendo vedado ao tribunal, no cômputo geral da fixação de honorários devidos ao advogado do vencedor, ultrapassar os respectivos limites estabelecidos nos §§ 2º e 3º para a fase de conhecimento.

A Senhora Desembargadora SIMONE LUCINDO - 1º Vogal

Com o relator

O Senhor Desembargador RÔMULO DE ARAÚJO MENDES - 2º Vogal

Com o relator

DECISÃO

CONHECER DO RECURSO E NEGAR-LHE PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME.

