

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0212614-89.2016.8.19.0001

APELANTE: ANGELO DA SILVA MATTOS NETO

APELADO: PAME - ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PLENA EM SAÚDE

RELATORA: DES. CINTIA CARDINALI

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. CONTRATO ANTIGO E NÃO ADAPTADO À LEI Nº 9.656/1998. REAJUSTES ANUAIS E POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO E DA BASE ATUARIAL. REVISÃO. RESTITUIÇÃO SIMPLES. DANOS MORAIS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

I. Caso em exame

1. Apelação contra sentença que reconheceu a prescrição quanto às prestações anteriores a 28.06.2013 e julgou improcedentes os demais pedidos de revisão de reajustes de plano de saúde, restituição de valores e indenização por danos morais. O autor alega cerceamento de defesa e abusividade dos reajustes anuais e por faixa etária.

II. Questão em discussão

2. Há quatro questões em discussão: (i) saber se houve cerceamento de defesa pela insuficiência da perícia atuarial; (ii) saber se os reajustes aplicados possuem base atuarial idônea; (iii) saber se são cabíveis a revisão das mensalidades e a restituição dos valores pagos a maior; e (iv) saber se há dano moral indenizável.

III. Razões de decidir

3. A realização da perícia determinada no julgamento anterior, com resposta aos quesitos formulados pelas partes, afasta a alegação de cerceamento de defesa. A ausência de elementos técnicos relativos a parte dos reajustes constitui questão de suficiência da prova da regularidade das cobranças.

4. O CDC não se aplica aos planos de saúde administrados por entidades de autogestão, conforme entendimento do STJ.

5. Nos contratos coletivos antigos e não adaptados à Lei nº 9.656/1998, os reajustes por mudança de faixa etária submetem-se às diretrizes dos Temas 952 e 1.016 do STJ, sendo necessária a demonstração de base atuarial idônea para justificar os percentuais aplicados.

6. Os reajustes anuais previstos contratualmente em razão da receita auferida e dos custos praticados também exigem demonstração dos critérios utilizados para sua apuração. O contrato não estabelece critérios objetivos de aferição da sinistralidade, fatos ensejadores do reajuste ou metodologia de cálculo que permita verificar a regularidade dos índices adotados.

7. A perícia não identificou avaliações atuariais referentes a todos os reajustes impugnados. A insuficiência dos elementos técnicos apresentados impede reconhecer a regularidade dos percentuais efetivamente cobrados.

8. A irregularidade não implica a exclusão integral dos reajustes. Os percentuais adequados, tanto anuais quanto por mudança de faixa etária, devem ser apurados em liquidação de sentença, observadas as respectivas balizas técnicas e preservado o equilíbrio econômico do contrato.

9. A restituição limita-se à diferença entre os valores pagos e aqueles apurados como devidos, observada a prescrição trienal.

10. A devolução é simples, por não incidir o CDC e não haver demonstração de dolo ou má-fé.

11. A cobrança indevida de reajustes, nas circunstâncias do caso, ultrapassa o mero inadimplemento contratual e configura dano moral. A indenização é fixada em R\$ 5.000,00.

IV. Dispositivo e tese

12. Recurso parcialmente provido para determinar a revisão dos reajustes, com apuração dos percentuais adequados em liquidação de sentença, restituição simples dos valores pagos a maior, observada a prescrição trienal, e condenação da ré ao pagamento de R\$ 5.000,00 por danos morais, com redistribuição dos ônus sucumbenciais.

Tese de julgamento: “1. Os reajustes anuais de plano de saúde devem observar os critérios contratuais e estar amparados em elementos técnicos que permitam aferir a regularidade dos percentuais aplicados. 2. Os reajustes por mudança de faixa etária submetem-se às diretrizes dos Temas 952 e 1.016 do STJ e exigem demonstração de base atuarial idônea. 3. Não comprovada a regularidade dos reajustes, os percentuais adequados devem ser apurados em liquidação de sentença, com restituição simples dos valores pagos a maior, observada a prescrição trienal.”

Dispositivos relevantes citados: CC, arts. 206, § 3º, IV, 4º e 406, § 3º; Lei nº 9.656/1998; Lei nº 14.905/2024.

Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp 1.285.483/PB, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. 22.06.2016; STJ, Temas 952, 1.016 e 929; STJ, REsp 1.568.244/RJ; STJ, REsp 1.361.182/RS e REsp 1.360.969/RS; Súmulas nº 308 e nº 362/STJ.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos das apelações cíveis em que constam como partes as acima indicadas, **ACORDAM** os Desembargadores da **QUINTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO** em julgar os presentes recursos nos termos da certidão de julgamento.

RELATÓRIO

Trata-se de apelação cível interposta pelo autor, **ANGELO DA SILVA MATTOS NETO**, à sentença proferida pelo Juízo da 47ª Vara Cível da Comarca da Capital, da lavra da MMª. Juíza Lorena Reis Bastos Dutra, nos autos da ação obrigacional c/c declaratória e indenizatória ajuizada em face de **PAME - ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PLENA EM SAÚDE**.

Na forma do permissivo regimental, adota-se como relatório a sentença (indexador 000838), assim proferida:

“Trata-se de AÇÃO OBRIGAÇÃO DE FAZER proposta por ANGELO DA SILVA MATTOS NETO em face de PAME ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA PLENA EM SAÚDE, na qual o autor requer a concessão do benefício da justiça gratuita e da prioridade na tramitação processual, bem como, em tutela antecipada, requer a suspensão de novas mensalidades com aumento e a adequação das quotas. Pleiteia o restabelecimento do valor do plano ao patamar de R\$ 323,28 quando completou 60 anos ou, subsidiariamente, a revisão das cobranças com exclusão dos reajustes considerados indevidos, que somam 137,37% e representam o valor devido em R\$ 648,44. Requer, ainda, a inversão do ônus da prova, a devolução em dobro dos valores pagos a maior desde 2002, devidamente corrigidos, a declaração de nulidade de cláusulas contratuais abusivas, e a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 12.000,00, além de custas e honorários advocatícios fixados em 15% sobre o valor da causa. Menciona desinteresse em composição amigável/mediação, e requer a produção de provas, em especial testemunhal e documental, além de depoimento pessoal da ré. Por fim, dá-se a causa o valor de R\$ 12.648,44. Para tanto, alega o autor, em síntese, que é beneficiário de plano de saúde da ré desde 1978, quando era funcionário da Embratel, e que sofreu sucessivos reajustes abusivos, especialmente em razão de sua faixa etária. Relata, em detalhes, a evolução dos valores cobrados ao longo dos anos, evidenciando que os aumentos ultrapassaram os índices autorizados pela ANS, alcançando 137,37%, o que caracteriza onerosidade excessiva e violação ao CDC e ao Estatuto do Idoso. Destaca, ainda, falhas no atendimento do SAC da empresa ré ao tentar solucionar a questão administrativamente. Decisão de fl. 68 que indeferiu o pedido de tutela de urgência. Determinou, também, a juntada do comprovante de rendimento ou declaração do IR do autor, sob pena de indeferimento da JG. Manifestação autoral de fls. 75, na qual apresentou o comprovante de rendimento e sua declaração de hipossuficiência. Por outro lado, requereu a reconsideração da antecipação dos efeitos da tutela de urgência prete. Manifestação autoral de fls. 80, que requereu a juntada do Agravo de Instrumento cc decisão que indeferiu o pedido de tutela de urgência. Decisão de Agravo de Instrumento 0037925-69.2016 que indeferiu o pedido de tutela recursal. Despacho de fl. 104 que de

JG e designou audiência de conciliação para o dia 09/11/2016. Manifestação autoral de fls. 115, na qual expôs novo aumento abusivo em 19,85%, alterando o valor da mensalidade de R\$ 1.539,22 para R\$ 1.845,22. Audiência de conciliação realizada no dia 09/11/2016, sem acordo. Termo de Audiência de fl. 166. Contestação de fls. 172, na qual suscita a prescrição trienal para a devolução em dobro de valores e a prescrição quinquenal, no caso de não acolhimento da prescrição trienal. No mérito, defende a improcedência integral dos pedidos autorais, alegando que o referido plano de saúde possui natureza coletiva por adesão e foi firmado anteriormente à Lei nº 9.656/98, razão pela qual não se submete aos índices de reajuste fixados pela ANS para planos individuais. Aduz que os reajustes aplicados, inclusive por faixa etária, estão previstos contratualmente e em conformidade com a legislação vigente à época, inexistindo abusividade. Conta que a cobrança teve início regular em dezembro de 1999, conforme pactuado, e que a evolução dos valores é legítima, impugnando os cálculos apresentados pelo autor. Por fim, nega a ocorrência de danos morais ou cobrança indevida, requerendo a total improcedência da ação, com a manutenção das cláusulas contratuais e dos reajustes realizados. Despacho de fl. 303 para que as partes informem as provas que pretendem produzir. Deferiu, desde já, a produção de prova documental suplementar. Réplica de fl. 312, na qual o autor aponta que o prazo prescricional aplicável à hipótese é de dez anos, considerando que a causa de pedir é de prestação de serviço de saúde. Reitera a existência de reajustes abusivos no plano de saúde e o consequente desequilíbrio contratual, bem como o pedido de tutela de urgência. Manifestação de fls. 323 pela ré, que informa que possui interesse na produção de prova pericial atuarial, a fim de demonstrar que o reajuste aplicado na mensalidade da autora não é abusivo. Sentença de fl. 361 que julgou improcedente o pedido formulado na inicial. Embargos de Declaração de fls. 379 interposto pela parte autora. Sentença de fl. 386 que rejeitou os embargos declaratórios. Recurso de Apelação de fls. 395 interposto pela parte autora. Contrarrazões ao Recurso de Apelação de fls. 412. Acórdão de fls. 440, com voto pela anulação da sentença, para determinar a realização de prova pericial e, eventualmente, julgar prejudicado o recurso. Despacho de fl. 486 que determinou a realização da prova pericial. Manifestação autoral de fl. 496, que apresentou seu rol de quesitos periciais. Manifestação de fl. 505 pela perita, que apresentou sua proposta de honorários com base nos quesitos autorais. Manifestação de fl. 516 pela ré, que apresentou seu rol de quesitos periciais e indicou assistente técnico. Manifestação de fl. 531 pela perita, que apresentou nova proposta de honorários. Manifestação autoral de fl. 538, que concordou com os honorários periciais. Manifestação de fl. 543 pela ré, que concordou com os honorários periciais. Decisão de fl. 551 que homologou os honorários periciais. Laudo Pericial de fls. 578/590 que concluiu que, por se tratar de plano coletivo por adesão não adaptado à referida Lei, não se aplicam os índices da ANS para planos individuais. Explica que os reajustes elevados são justificados pelo envelhecimento em massa dos beneficiários, aumento dos custos médicos e necessidade de manter o equilíbrio financeiro do plano. Por fim, embora a mensalidade esteja acima da média dos planos individuais, a perícia entende que a diferença não é necessariamente incompatível, cabendo ao juiz decidir sobre eventual abusividade. Manifestação autoral de fls. 601, na qual afirma que a conclusão da perícia evidencia a prática de reajustes abusivos pela ré no plano de saúde, razão pela qual reitera o pedido de total procedência da ação. Manifestação de fls. 606 pela ré, na qual expressa concordância com o laudo pericial apresentado. Decisão de fl. 609 que determinou a suspensão do processo, devido julgamento do Recurso Especial nº 1.716.113/DF em trâmite no STJ, sobre o mesmo tema. Manifestação autoral de fls. 613, na qual requereu a concessão de novo pedido de tutela de urgência. Despacho de fl. 618 que indeferiu o pedido autoral. Suspensão/Sobrestamento do Processo de fl. 623. Manifestação de fls. 628 pela ré, na qual relata grave crise econômico-financeira, buscando contextualizar sua atual incapacidade operacional e patrimonial e destacando sua natureza de associação sem fins lucrativos e a ausência de distribuição de lucros. Narra que, desde 2016, enfrenta desequilíbrio causado por contratos coletivos com alta sinistralidade e inadimplência, agravado por decisões judiciais. Além disso, informa a intervenção da ANS, suspensão de novos planos e risco de encerramento das atividades. Ao final, invoca boa-fé e requer que o juízo considere sua situação excepcional ao julgar o caso. Manifestação autoral de fls. 716, na qual impugna manifestação da ré, pontuando sua desnecessidade e que apenas confirma a péssima gestão do plano de saúde. Decisão de fl. 703 que reiterou a decisão de fl. 609. Manifestação de fl. 740 pela ré, na qual informa a decretação da liquidação extrajudicial da operadora ré, requerendo a suspensão do processo até seu término e comunicando que escritório não mais representa a massa liquidada. Manifestação autoral de fls. 753, na qual aduz ser incabível a suspensão do processo, pois a ação busca a constituição de título, ficando eventual pagamento sujeito aos autos da referida liquidação. Decisão de fl. 760 que reiterou a decisão de fl. 609. Manifestação de fl. 770 pela ré, na qual informa que foi decretada a falência da ex-operadora de planos de saúde, em sede de Ação de Autofalência em processo de nº 0201645-39.2021.8.19.0001, pela 2ª Vara Empresarial da Comarca do Rio de Janeiro/RJ. Manifestação autoral de fls. 753, na qual impugna a manifestação da ré, requerendo o prosseguimento do feito. Decisão de fl. 789 que indeferiu o pedido de fl. 770. Revogação da Suspensão/Sobrestamento do Processo de fl. 804. Manifestação autoral de fls. 806, na qual requer a total procedência da ação, com a condenação da ré à restituição em dobro dos valores pagos a maior, além de indenização por danos morais e materiais. Despacho de fl. 812 para que as partes apresentem alegações finais. Alegações finais pela parte autora de fl. 815. Ato ordinatório de fl. 823 informando que a ré se manteve inerte. Despacho de fl. 825 que, diante da decretação de falência, antes da sentença, determinou a remessa dos autos à Promotoria de Massa Falida. Parecer de fls. 830 pela 2ª Promotoria de Justiça de Massas Falidas da Capital, que pugnou pela parcial procedência da presente demanda. Conclusão ao Juiz de fl. 837 em 23/03/2026. É o relatório. Decido. Há prejuízo

mérito suscitada pela ré consistente na prescrição. Considerando que a ação possui a pretensão de repetição de indébito em relação às mensalidades alegadamente abusivas, o prazo prescricional que se aplica é o trienal, conforme o entendimento da Segunda Seção do C. STJ: "AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. REAJUSTE. SINISTRALIDADE. CLÁUSULA CONTRATUAL. NULIDADE. VALORES PAGOS. RESTITUIÇÃO. ENRIQUECIMENTO SEM CAUSA. PRAZO PRESCRICIONAL TRIENAL. 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. Não viola o art. 1.022 do Código de Processo Civil de 2015 nem importa em negativa de prestação jurisdicional o acórdão que adota fundamentação suficiente para a resolução da causa, porém diversa da pretendida pelo recorrente, decidindo de modo integral a controvérsia posta. 3. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento no sentido de que a pretensão de nulidade de cláusula de reajuste de mensalidade de contrato de plano de saúde ainda vigente, cumulada com a repetição do indébito, sujeita-se ao prazo prescricional trienal, pois a ação ajuizada funda-se no enriquecimento sem causa. Incidência do art. 206, §3º, IV, do Código Civil. 4. Agravo interno não provido. (STJ - AgInt no REsp: 1876580 SP 2020/0124525-7, Data de Julgamento: 16/05/2022, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 25/05/2022)" Diante disso, vislumbra-se que o autor ajuizou a ação em 28/06/2016, quando possuía 70 anos, e requer que a ré restabeleça o valor que entende como correto do plano de saúde quando completou 60 anos. Logo, evidente a prescrição referente às prestações pagas a maior no período de 3 (três) anos compreendidos no interregno anterior à data do ajuizamento da ação. Assim, RECONHEÇO e DECLARO a prescrição em relação às parcelas eventualmente a maior e anteriores a 28/06/2013, com fulcro no art. 206, §3º, IV, do CC. Inexistem outras preliminares ou prejudiciais a serem analisadas. Presentes os pressupostos e as condições da ação, adentro no mérito. O feito está apto para julgamento, sendo as partes legítimas e bem representadas, havendo elementos suficientes para a prolação de sentença definitiva de mérito, a teor do disposto no inciso I art. 355 do Código de Processo Civil. Ademais, tendo em vista que o laudo pericial às fls. 578/590 mostra-se conclusivo e elucidativo à controvérsia, HOMOLOGO-O. Cinge-se a demanda na irrisignação do autor quanto aos reajustes e aumentos das prestações do plano de saúde coletivo junto à ré, argumentando que são abusivos e ilegais. Trata-se de relação de consumo, nos termos do Código de Defesa do Consumidor, a ser regida simultaneamente pela Lei nº de 9.656/98, conforme dispõe o art. 1º da referida Lei e orienta a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, ressalvados apenas os de autogestão. Como demonstrado por meio da documentação às fls. 31/50, o autor é usuário do plano de saúde ofertado pela ré, alegando, em sua inicial, que é usuário desde o ano de 1978, quando era funcionário da Embratel concursado. Contudo, a ré alega que a adesão da parte autora ao plano de saúde Master ocorreu em 16/11/1998, como mencionado em sua peça de defesa. Verifica-se dos autos que o plano de saúde do autor é coletivo por adesão, conforme disposto no art. 4º do seu Estatuto/Regulamento à fl. 225, sendo este oferecido para grupo de pessoas definido de acordo com a sua categoria profissional ou área de atuação, vinculado a entidade de classe ou instituição que o representa. Pontua-se que, embora o presente caso cuide de plano coletivo, aplica-se, por força do Tema 1.0165 do STJ, a Tese decorrente do Tema nº 952 do STJ (REsp nº 1.568.244/RJ), segundo a qual "o reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso". Logo, havendo expressa previsão contratual, como é o caso dos autos, conforme cláusula IX do contrato à fl.231, indexador 223, "a priori", não é abusiva a cláusula que prevê o reajuste da mensalidade do plano de saúde coletivo com base no reajuste por sinistralidade, para fins de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Contudo, o aumento não pode ser realizado de forma indiscriminada ou apresentar flagrante abusividade. Para tanto, foi produzida a prova pericial, com laudo apresentado às fls. 578/590. Considerando todas as peculiaridades do caso e mediante a análise das provas acostadas nos autos, a "expert" destaca: "(...) que o plano de saúde subscrito pelo Autor é coletivo por adesão não adaptado à Lei 9656/98, ao passo que os índices de reajuste divulgados anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) têm por objeto os planos individuais adaptados à referida Lei.". Diante de tal premissa, resta notório que o percentual de aumento aplicado ao plano de saúde do autor foi condizente e adequado com a inflação acumulada pelo INPC/IBGE de dez/1999 a out/2018, a fim de manter o equilíbrio econômico-financeiro do plano de saúde em questão e em consonância com a sinistralidade e a faixa etária dos seus beneficiários. Vejam-se as considerações da "expert": "Ademais, é importante observar que o plano de saúde do Autor não pode mais ser comercializado, o que leva consequentemente ao envelhecimento da massa de seus associados. Do ponto de vista atuarial, portanto, os reajustes praticados devem ser os necessários para a manutenção da solvência do plano, desde que embasados em estudos técnicos. À medida que o beneficiário fica mais velho, utiliza mais o plano e consequentemente eleva o custo, havendo então a necessidade de adequar a mensalidade ao novo perfil de risco do beneficiário. Este parece ser o caso do plano em questão.". A "expert" aduz que o percentual de aumento do plano de saúde do autor foi, de fato, alto, contudo, conforme as peculiaridades do plano em questão, os índices da inflação do período, o referido aumento foi necessário para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do serviço ora ofertado. No laudo, a "expert" justifica o mesmo, destaca a possibilidade de existência de aumento nesse sentido. Com a constatação da "e

em que pese as alegações autorais acerca da eventual existência de abusividade e ilegalidade nos reajustes informados nas prestações do plano de saúde coletivo por adesão junto à ré, do acervo probatório apresentado nos autos, nada há, de forma suficiente, para comprovar as aludidas alegações. Isto porque o aumento foi devidamente justificado e pertinente para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do plano em voga. Outrossim, cabe mencionar que a ré comunicou à ANS os reajustes praticados, como corroboram os documentos acostados às fls. 233, 234, 261 e 298, o que evidencia que foram aplicados em conformidade com a previsão legal e jurisprudencial para os casos de plano de saúde coletivo por adesão. Destarte, o autor não se desincumbiu do seu ônus probatório, nos termos do art. 373, I, do CPC, diferentemente da ré, que se desincumbiu com fulcro no art. 373, II, do CPC e art. 14, §3º, do CDC. Ressalta-se que caberia ao autor a prova do fato constitutivo do direito alegado, a teor do art. 373, I do CPC, e eventual inversão do ônus da prova não exime a consumidora de fazer prova mínima acerca de suas alegações. Nesse sentido, a Súmula nº 330, do TJRJ: "Os princípios facilitadores da defesa do consumidor em juízo, notadamente o da inversão do ônus da prova, não exoneram o autor do ônus de fazer, a seu encargo, prova mínima do fato constitutivo do alegado direito.". Nesse mesmo sentido, vejam-se julgados deste E. Tribunal de Justiça em casos similares: "APELAÇÃO CÍVEL. Indenizatória. Plano de saúde. Contrato coletivo por adesão. Art. 16, VII, "c" da Lei 9.656/98. Alegação de falha na prestação do serviço (reajustes abusivos, ausência de registro do plano odontológico e de custeio de cirurgia buco-maxilo-facial e cobrança de taxas indevidas). Improcedência. Relação de consumo. Súmula 608 do STJ. Critérios de reajuste nos planos coletivos por adesão que não estão submetidos ao controle da ANS. Índice de reajuste que é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. Reajustes (anuais e por faixa etária) que visam a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Inocorrência de abusividade. Inexistência de ilegalidade na cobrança das taxas associativas e de angariação. Ausência de demonstração da irregularidade do reembolso recebido referente às despesas com cirurgia bucomaxilofacial. Parte autora que não se desincumbiu da prova do direito invocado. Art. 373, I do CPC. Súmula 330 deste Tribunal. Precedentes jurisprudenciais do STJ e desta Corte. Sentença mantida. DESPROVIMENTO DO RECURSO. (0272472-80.2018.8.19.0001 - APELAÇÃO. Des(a). PEDRO SARAIVA DE ANDRADE LEMOS - Julgamento: 24/07/2021 - DÉCIMA CÂMARA CÍVEL) EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. REAJUSTE ANUAL DE 27,12%. ALEGADA ABUSIVIDADE. IDOSO. CRITÉRIOS ATUARIAIS. AUSÊNCIA DE PROVA MÍNIMA. SÚMULA 330 DO TJRJ. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA MANTIDA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. I. CASO EM EXAME. 1. Ação revisional cumulada com indenização por danos morais proposta por beneficiário idoso de plano de saúde coletivo por adesão, objetivando a declaração de abusividade do reajuste anual de 27,12% aplicado em junho de 2024, com devolução dos valores pagos a maior e compensação extrapatrimonial. Sentença de improcedência reconhecendo a regularidade do reajuste, a adequada previsão contratual e a ausência de prova de desproporcionalidade. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO. 2. Averiguar: (i) se o reajuste anual aplicado ao plano coletivo por adesão mostra-se abusivo, à luz do CDC, da Lei 9.656/98 e do Estatuto do Idoso; e (ii) se há suporte para a condenação por danos morais. III. RAZÕES DE DECIDIR. 3. Reajustes anuais em contratos coletivos que não se submetem ao teto da ANS, sendo definidos por critérios técnico-atuariais previstos no contrato e negociados entre operadora e estipulante. 4. Autor que não apresentou prova mínima da alegada abusividade, limitando-se à comparação genérica com o índice máximo dos planos individuais. Incidência da Súmula 330 do TJRJ. 5. Ausência de demonstração de reajuste discriminatório por idade. Inexistência de ato ilícito, falha na prestação do serviço ou dano moral indenizável. IV. DISPOSITIVO. Apelação cível conhecida e desprovida. Sentença integralmente mantida. (0811676-38.2024.8.19.0042 - APELAÇÃO. Des(a). CLAUDIA MARIA DE OLIVEIRA MOTTA - Julgamento: 25/02/2026 - QUINTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 24ª CÂMARA CÍVEL)" Portanto, por tudo o que consta dos autos, não há como se imputar à ré qualquer responsabilidade pelos fatos narrados, e não resta senão a alternativa de rechaçar os pedidos formulados na inicial. Ante ao exposto, DECLARO a prescrição da pretensão autoral com relação às prestações anteriores a 28/06/2013, julgando extinto o processo quanto a tais prestações, com resolução do mérito, na forma do art. 487, II, do CPC. Já, em relação às prestações posteriores a 28/06/2013, JULGO IMPROCEDENTES os pedidos, extinguindo o feito, com resolução do mérito, na forma do art. 487, I, do CPC. Condono o autor ao pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios, que ora fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa, com fundamento no art. 85 do CPC, suspendendo a exigibilidade, por ser beneficiário da gratuidade de justiça. Certificado o trânsito em julgado, e nada mais requerido, dê-se baixa e arquivem-se. Publique-se. Intimem-se."

Inconformada, a parte autora interpõe o presente recurso (indexador 000851) sustentando que a sentença deve ser anulada por cerceamento de defesa, porquanto, embora o processo já tenha sido anteriormente anulado para viabilizar a realização de perícia atuarial adequada, o Juízo de origem voltou a julgar improcedentes os pedidos sem que fossem sanadas as deficiências apontadas.

Alega que a operadora deixou de apresentar os elementos atuariais exigidos pelo Tema 1.016 do STJ, que não lhe foram disponibilizadas as informações técnicas indispensáveis ao exercício do contraditório e que o laudo pericial permaneceu incompleto, inviabilizando a efetiva impugnação da prova técnica e acarretando prejuízo processual.

No mérito, aduz que os reajustes por mudança de faixa etária são abusivos, afirmando que os aumentos acumulados, superiores a 2.000%, revelam manifesta desproporcionalidade e afrontam o Estatuto do Idoso.

Pondera que a operadora não comprovou a metodologia atuarial utilizada, tampouco demonstrou o equilíbrio financeiro do contrato ou apresentou a documentação exigida pelo Tema 1.016 do STJ, incidindo, assim, as normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor, especialmente quanto aos deveres de transparência, boa-fé objetiva e vedação de cláusulas abusivas.

Diante destes fatos e fundamentos requerer a anulação da sentença para diante dor cerceamento de defesa, com o retorno dos autos à origem para realização ou complementação da perícia atuarial ou, no mérito, sua reforma, com o reconhecimento da abusividade dos reajustes por faixa etária, a revisão da mensalidade em patamar proporcional e tecnicamente justificável, a restituição dos valores pagos a maior, acrescida de correção monetária e juros, a condenação da ré ao pagamento de indenização por danos morais, a manutenção da cobrança no valor anterior ao reajuste impugnado até o julgamento final, bem como a inversão dos ônus sucumbenciais, com a condenação da apelada ao pagamento dos honorários recursais.

Não foram apresentadas contrarrazões (indexador 000858).

Manifestação da Procuradoria de Justiça, deixando de oficiar no feito (indexador 000857).

É o relatório.

VOTO

Os pressupostos de admissibilidade intrínsecos e extrínsecos estão presentes, o que autoriza o conhecimento do presente recurso.

Cumprе registrar que, segundo entendimento firmado pela Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, aos planos de saúde operados sobre a f

de autogestão, regulados pela Lei nº 9.656/1998, não se aplica o Código de Defesa do Consumidor, tendo em vista que são planos próprios das empresas, sindicatos ou associações ligadas a trabalhadores, que administram por si mesmas os programas de assistência médica, não possuindo finalidade lucrativa. Neste sentido:

“RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. 1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários. 2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro. 3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo. 4. Recurso especial não provido.” (REsp 1285483 / PB - RECURSO ESPECIAL 2011/0239595-2 - Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO (1140) - Órgão Julgador: S2 - SEGUNDA SEÇÃO - Data do Julgamento: 22/06/2016)

No mesmo sentido, a Súmula 308 do STJ, in verbis:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Assim, não há que se falar em aplicação do Código de Defesa do Consumidor no caso em tela.

A controvérsia recursal cinge-se em verificar se a sentença deve ser anulada por cerceamento de defesa, em razão da alegada insuficiência da prova pericial produzida, e, caso superada a preliminar, se os reajustes aplicados ao plano de saúde coletivo por adesão são abusivos, à luz dos parâmetros fixados pelo Tema 1.016 do STJ, bem como se são cabíveis a revisão das mensalidades, a restituição dos valores pagos a maior e a indenização por danos morais.

Pois bem.

A preliminar de nulidade não merece acolhimento, tendo em vista que, embora o acórdão anterior tenha determinado a realização de prova pericial para elucidar a controvérsia acerca dos reajustes aplicados ao contrato, o laudo foi produzido, respondeu aos quesitos formulados pelas partes e permitiu o julgamento da demanda.

A circunstância de a perícia não ter conseguido confirmar documentalmente todos os elementos técnicos relativos aos reajustes não evidencia, por si só, prejuízo processual apto a ensejar nova instrução, constituindo questão a ser apreciada sob o aspecto da distribuição do ônus da prova e da suficiência da demonstração da regularidade das cobranças.

Passa-se a analisar o mérito.

Verifica-se que a controvérsia trazida aos autos não se limita aos reajustes decorrentes da mudança de faixa etária, abrangendo todos os aumentos incidentes sobre a mensalidade do plano de saúde desde março de 2007, entre os quais os reajustes anuais previstos contratualmente em função da receita auferida e dos custos praticados.

Em relação aos reajustes por faixa etária, tratando-se de contrato coletivo por adesão, antigo e não adaptado à Lei nº 9.656/98, devem ser observadas as diretrizes fixadas nos Temas 952 e 1.016 do Superior Tribunal de Justiça, segundo as quais prevalecem as disposições contratuais quanto aos reajustes por faixa etária, desde que demonstrada a regularidade dos percentuais aplicados, incumbindo à operadora comprovar a existência de base atuarial idônea para justificar os reajustes efetivamente implementados. Colaciona-se:

Tema Repetitivo 952	Situação Trânsito em Julgado	Órgão julgador SEGUNDA SEÇÃO	Ramo do direito DIREITO DO CONSUMIDOR
Questão submetida a julgamento	Discute-se a validade da cláusula contratual de plano de saúde que prevê o aumento da mensalidade conforme a mudança de faixa etária do usuário.		
Tese Firmada	O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.		

Tema Repetitivo 1016	Situação Acórdão Publicado - RE Pendente	Órgão julgador SEGUNDA SEÇÃO	Ramo do direito DIREITO DO CONSUMIDOR
Questão submetida a julgamento	(a) Validade de cláusula contratual de plano de saúde coletivo que prevê reajuste por faixa etária; e (b) Ônus da prova da base atuarial do reajuste.		
Tese Firmada	(a) Aplicabilidade das teses firmadas no Tema 952/STJ aos planos coletivos, ressalvando-se, quanto às entidades de autogestão, a inaplicabilidade do CDC; (b) A melhor interpretação do enunciado normativo do art. 3º, II, da Resolução n. 63/2003, da ANS, é aquela que observa o sentido matemático da expressão 'variação acumulada', referente ao aumento real de preço verificado em cada intervalo, devendo-se aplicar, para sua apuração, a respectiva fórmula matemática, estando incorreta a simples soma aritmética de percentuais de reajuste ou cálculo de média dos percentuais aplicados em todas as faixas etárias.		

Deve, ainda, ser observado que, conforme orientação fixada pelo STJ no Tema 952, “o reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso”.

No caso em tela, embora o regulamento contratual contenha previsão expressa dos percentuais incidentes por mudança de faixa etária, bem como autorize reajustes anuais em razão da receita auferida e dos custos praticados, não estabelece critérios objetivos para a aferição da sinistralidade, nem define os fatos ensejadores do reajuste ou a metodologia de cálculo a ser empregada, inviabilizando o controle da regularidade dos índices posteriormente adotados.

A deficiência probatória mostra-se ainda mais evidente diante da conclusão da própria perícia judicial, uma vez que, ao responder ao quesito formulado pela ré acerca da existência de avaliações atuariais para todos os reajustes aplicados ao plano, a expert consignou expressamente não ter sido possível identificar, nos autos, todas as avaliações referentes ao período compreendido entre 1999 e 2018, localizando apenas estudos relativos aos anos de 2010, 2013, 2014 e 2015, sendo dois deles incompletos. Verifique-se:

QUESITO Nº 5

Queira o I. Perito esclarecer se todos os reajustes aplicados no Plano PAME MASTER, subscrito pelo Autor, foram estabelecidos, considerando uma avaliação atuarial elaborada por Atuário ou empresa Atuarial, devidamente registrado no Instituto Brasileiro de Atuária?

PREJUDICADO. Não foi possível identificar nos autos todas as avaliações atuariais feitas no período de 1999 a 2018.

Foram encontradas em anexo à contestação as avaliações atuariais de 2010 (incompleta, com apenas 5 páginas fls 239/243), de 2013 (fls 244/256), de 2014 (incompleta, com apenas 4 páginas fls 267/270) e de 2015 (fls 271/297), todas elaboradas por atuário com registro no Instituto Brasileiro de Atuária.

Assim, a prova pericial não confirmou que todos os reajustes impugnados decorreram de avaliações atuariais aptas a justificar os percentuais efetivamente cobrados, permanecendo sem comprovação justamente o fundamento técnico que legitimaria a incidência desses aumentos, circunstância que impede reconhecer como regularmente demonstrada a idoneidade atuarial dos reajustes impugnados.

Nesse passo, resta configurada a falha na prestação de serviço por parte da ré, exsurgindo o dever de indenizar, sendo certo que a ré não comprovou a adequação dos critérios utilizados unilateralmente para elaboração dos cálculos, em razão dos reajustes questionados, em infringência ao dever de informação, transparência e ao princípio da não surpresa, decorrentes do princípio da boa-fé contratual, notadamente na fase avançada da vida, em que o aumento demasiado das mensalidades pode representar um ônus difícil de suportar.

Entretanto, embora a ré não tenha comprovado a regularidade dos reajustes anuais nem a idoneidade da base atuarial que ampararia os percentuais efetivamente aplicados, também não se mostra cabível o restabelecimento da mensalidade ao valor pago quando o autor completou 60 anos, tampouco a devolução integral de todos os valores desembolsados em decorrência dos reajustes incidentes ao longo da relação contratual, providências que desconsiderariam a dinâmica financeira inerente ao sistema de custeio do plano e ensejariam enriquecimento sem causa da parte autora.

Insta salientar que não se trata no presente caso de contrato adaptado a partir de 1º de janeiro de 2004, nos quais a última faixa etária para o reajuste deve ser 59 anos, tendo em vista a proibição de aplicação de reajuste em razão da idade para consumidores com 60 anos ou mais, após a entrada em vigor do Estatuto do Idoso.

Com efeito, o reconhecimento da abusividade não conduz à eliminação integral dos reajustes, mas à necessidade de recomposição da equação contratual mediante a apuração, em sede de liquidação de sentença, dos percentuais adequados e razoáveis tanto para os reajustes anuais quanto para aqueles decorrentes da mudança de faixa etária, observadas as balizas atuariais pertinentes, a fim de preservar o equilíbrio econômico do contrato.

Registra-se que a postergação de tal apuração para fase de cumprimento de sentença está em consonância com o entendimento do STJ, firmado no aludido REsp 1.568.244/RJ. Confira-se parte da ementa de tal julgado:

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

Assim, a restituição deverá limitar-se às quantias pagas a maior em razão da diferença entre os percentuais efetivamente cobrados e aqueles que vierem a ser apurados como devidos.

Destaque-se que não prospera o pedido de restituição em dobro dos valores indevidamente pagos, tendo em vista que, como já exposto, a hipótese não se submete às disposições do Código de Defesa do Consumidor, por se tratar de plano de saúde na modalidade de autogestão, razão pela qual não incide a regra do art. 42, parágrafo único, daquele diploma legal, tampouco a tese fixada pelo STJ através do Tema 929.

Neste sentido:

*EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. **PLANO DE SAÚDE COLETIVO. AUTOGESTÃO.** REAJUSTE EXCESSIVO. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. NEGADO PROVIMENTO AOS RECURSOS. I. CASO EM EXAME 1. Apelações interpostas por ambas as litigantes contra sentença de parcial procedência. 2. Autora que busca a condenação da ré para o pagamento de danos morais, bem como que a restituição do quantum excedente se dê em dobro. 3. Operadora do plano de saúde que pugna pela improcedência da ação. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 4. Caso em que se discute sobre reajuste excessivo nas mensalidades do plano de saúde da autora e se é hipótese ou não de restituição em dobro da cifra excedente, além de eventual configuração dos danos morais. III. RAZÕES DE DECIDIR 5. Norma consumerista que não incide in casu, a teor da Súmula nº 608 do STJ, devendo-se, por contrapartida, observar o disposto nos artigos 422 e 423, ambos do CC. 6. Prova pericial contábil realizada. 7. Conclusão do expert no sentido de que o reajuste no plano de saúde se deu no excesso de 4,06%, conforme estudo atuarial realizado pela própria ré. 8. Reajustes dos planos administrados por entidades de autogestão que devem seguir os estudos técnicos atuariais com a finalidade de se preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Precedentes do STJ. 9. Observância aos artigos 6º, 9º e 11, todos da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS. 10. Demandada que deverá restituir à autora o quantum efetivamente comprovado como excedente. 11. **Devolução que ocorrerá na forma simples, nos termos da sentença, por não se verificar nos autos qualquer atuação desidiosa ou de má-fé da operadora do plano de saúde. Inaplicabilidade da regra do artigo 42, parágrafo único, do CDC.** 12. Danos morais não configurados. Fatos narrados nos autos que não ultrapassam o mero aborrecimento, não havendo violação aos direitos da personalidade da demandante. 13. Manutenção da sentença que se impõe. IV. DISPOSITIVO 14. Negado provimento aos recursos. Dispositivos relevantes citados: artigos 422 e 423, ambos do CC; artigos 6º, 9º e 11, todos da Resolução Normativa nº 137/06 da ANS. Jurisprudências relevantes citadas: AgInt no AREsp n. 1.769.165/DF ¿ STJ; Apelação Cível nº 0061164-65.2017.8.19.0001 - PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO DO TJRJ. (0286477-10.2018.8.19.0001 - APELAÇÃO. Des(a). CARLOS GUSTAVO VIANNA DIREITO - Julgamento: 29/04/2025 - DECIMA SEXTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 4ª CÂMARA CÍVEL))*

RECURSOS DE APELAÇÃO. REALIZAÇÃO DE EXAME. NEGATIVO, COBERTURA. REEMBOLSO DOS PAGAMENTOS COBRADOS DE

*DEVOLUÇÃO EM DOBRO. DESCABIMENTO. DANO MORAL COGENTE. QUANTUM INDENIZATÓRIO MAJORADO. Como cediço, o STJ firmou o entendimento no sentido de afastar a incidência de relação de consumo nos contratos de prestação de cobertura de serviços médicos geridos em regime de autogestão, sem fins lucrativos. Sendo assim, inaplicável o CDC na hipótese dos autos, incidindo a legislação contratual civil. In casu, o réu limita-se a alegar que não houve negativa de cobertura, uma vez que, na data indicada na inicial, não há protocolo no sistema referente à recusa do réu em autorizar o exame. Contudo, a despeito de erro material nas datas mencionadas pelo autor, fato é que a dinâmica dos fatos, assim como a documentação carreada demonstram que o réu não autorizou o exame pleiteado, havendo, inclusive, ofício do laboratório atestando a negativa do plano. Ressalte-se, por oportuno, que o autor já ajuizou outras ações, pleiteando a realização do mesmo exame, o que demonstra que o réu não o autoriza. Aliás, em suas razões, o próprio apelante afirma que o exame não consta da tabela geral de auxílios do plano de saúde do autor, de forma que é evidente que houve recusa. negativa nos sistemas da parte ré. Por fim, o réu não colaciona o contrato de saúde, de forma que não se pode sequer precisar se o exame possui cobertura. Sendo assim, verificada a necessidade de realização do exame, plenamente cabível a cobertura securitária. No que tange ao reembolso, verificada a negativa de cobertura, exsurge o direito de reembolso dos valores pagos pelo autor no laboratório. Outrossim, não há que se falar em limitação pela Tabela Geral de Auxílios prevista em contrato, uma vez que a sua aplicação restringe-se à atendimento em estabelecimentos fora da rede credenciada, o que não se verifica na hipótese dos autos. **Por outro lado, merece prosperar o recurso da parte ré, no sentido de afastar a devolução em dobro, porquanto, conforme já mencionado, não se aplica as disposições do CDC, no caso dos autos.** Quanto ao dano moral, evidente, que a presente hipótese não pode ser tratada como mero inadimplemento contratual, uma vez que patente a ofensa a dignidade do paciente, em claro abuso de direito, por restringir direito fundamental inerente à natureza do contrato, atingindo o seu objeto. Quantum indenizatório que merece majoração para R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Por fim, não há que se falar em majoração dos honorários advocatícios, para 20% sobre o valor da condenação, ainda mais porquanto sequer fundamentado o pleito. Recursos parcialmente providos. (0006473-16.2018.8.19.0212 - APELAÇÃO. Des(a). RENATA MACHADO COTTA - Julgamento: 26/02/2024 - SEGUNDA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 3ª CÂMARA)*

Ademais, os reajustes decorreram da aplicação de cláusulas contratuais que, embora posteriormente reconhecidas insuficientes para legitimar os percentuais efetivamente praticados, encontravam-se inicialmente revestidas de presunção de validade, inexistindo elementos que indiquem atuação dolosa ou má-fé por parte da ré.

Em relação ao prazo prescricional, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento dos Recursos Especiais Representativos de Controvérsia 1361182/RS e 1360969/RS, consolidou o entendimento de que, na hipótese de pretensão de nulidade de cláusula de reajuste em contrato de plano de saúde cumulada com restituição de valores pagos indevidamente, poderá o contratante requerer a revisão de cláusula abusiva ou ilegal a qualquer tempo durante a vigência do contrato, sujeitando-se, todavia, à prescrição trienal prevista no art. 206, §3º, IV, do CC tocante à pretensão de restituição dos valores pagos.

O dano moral é evidente no caso em exame, tendo em vista a profunda angústia imposta ao autor, pessoa idosa coagida a pagar valores indevidos para manter seu plano de saúde, hipótese que transborda o simples aborrecimento, não podendo ser considerada como mero inadimplemento contratual.

Soma-se a isso o fato de que o demandante foi obrigado a recorrer à tutela jurisdicional para ver reconhecida a irregularidade das cobranças, submetendo-se à tramitação do processo e à produção de prova pericial a fim de solucionar controvérsia, o que evidencia a indevida perda de seu tempo útil.

O *quantum* indenizatório deve representar compensação razoável pelo sofrimento experimentado, cuja intensidade deve ser considerada, aliada a outras circunstâncias peculiares de cada conflito de interesses, de modo a que não constitua fonte de enriquecimento sem causa para o ofendido, tampouco incentivo ao ofensor para reiterados desrespeitos aos consumidores, dado o seu ínfimo valor, descaracterizando o caráter pedagógico-punitivo que essa verba também detém.

Diante de tais premissas e de acordo com as peculiaridades do caso concreto, tem-se que a verba extrapatrimonial deve ser arbitrada em R\$5.000,00 (cinco mil reais), estando em consonância com os valores que vêm sendo arbitrados por este Tribunal em situações semelhantes. Verifique-se:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL FIRMADO EM JULHO DE 2003. PREVISÃO CONTRATUAL DE REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA E POR SINISTRALIDADE. PRELIMINAR DE OFENSA AO PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE AFASTADA. ILEGALIDADE DE REAJUSTES SEM JUSTIFICAÇÃO ATUARIAL E DESCUMPRIMENTO DA PERIODICIDADE LEGAL. RESTITUIÇÃO, EM DOBRO, DOS VALORES PAGOS INDEVIDAMENTE. DANO MORAL. CONDUTA CONTRÁRIA À BOA-FÉ OBJETIVA. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. A relação jurídica entre as partes está regida pelo Código de Defesa do Consumidor, sendo aplicáveis as normas deste diploma às cláusulas contratuais de planos de saúde. 2. O Superior Tribunal de Justiça, no TEMA 952, reafirmou a possibilidade de reajustes por faixa etária, desde que previstos no contrato, respeitando-se os limites legais e normativos, bem como as regras atinentes à A.N.S. 3. In casu, a operadora de plano de saúde não demonstrou a razoabilidade dos reajustes aplicados, uma vez que não trouxe, aos autos, os documentos necessários à comprovação dos percentuais de sinistralidade e cálculos atuariais, incorrendo em violação ao dever de transparência e à boa-fé objetiva. 4. É ilegítimo o reajuste aplicado sem a devida justificativa atuarial e desrespeitando a periodicidade legal de 12 meses do aniversário do contrato, gerando a consequente devolução dos valores pagos a maior, na forma dobrada, conforme o artigo 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, respeitado o prazo prescricional trienal previsto no artigo 206, §3º, IV, do Código Civil. 5. Configurado o dano moral devido à frustração das expectativas do consumidor e ao desrespeito à boa-fé objetiva, a indenização é fixada em R\$5.000,00 (cinco mil reais), observando-se a razoabilidade e a proporcionalidade. 6. Recurso parcialmente provido para reformar a sentença, determinando-se a devolução dos valores pagos a maior.

acrescidos de juros e correção monetária, expurgando-se os reajustes ilegais, e condenando a operadora ao pagamento de danos morais no montante de R\$ 5.000,00. (0004744-34.2020.8.19.0066 - APELAÇÃO. Des(a). MAFALDA LUCHESE - Julgamento: 24/06/2025 - VIGESIMA PRIMEIRA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 19ª CÂMARA CÍVEL))

Apelação Cível. Relação de Consumo. Ação de Declaratória de Abusividade Contratual e Indenizatória. Seguro de Reembolso de Despesas com Assistência Médica e Hospitalar. Impugnação aos reajustes periódicos a partir de SETEMBRO/2023. Sentença de improcedência. Reforma. MODALIDADE DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL, ANTIGO E NÃO ADAPTADO à Lei nº 9.656/98. Praxe de admissibilidade de duas modalidades de reajustes de mensalidades: anual, autorizado pela ANS, e por mudança de faixa etária. REAJUSTE NA DATA DE ANIVERSÁRIO DO CONTRATO. Excepcionalidade da regra de reajuste anual em percentual fixado pela ANS (art. 35-E da Lei nº 9.656/98) para os Contratos Antigos Não Adaptados, sem vedação à análise da razoabilidade / proporcionalidade da cobrança exigida. Critério atuarial previsto no contrato, in casu, sem demonstração dos dados pertinentes. Ausência de perícia atuarial, a despeito da inversão do ônus da prova, em favor da vulnerável. Conveniência de adoção do arbitramento dos percentuais ditados pelo ANS, instituição presumidamente apta e imparcial, diante da falta de elementos probatórios que corroborem os aumentos com indícios de abusividade. REAJUSTES POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. Histórico de regulamentação da matéria. Tema nº 952 do E. STJ. Regularidade da variação das mensalidades do plano de saúde, em razão da mudança de faixa etária, condicionada à expressa previsão contratual e à não aplicabilidade de índices desarrazoados ou aleatórios. Fixação de parâmetros de avaliação da suposta abusividade, para evitar o aumento como fator de discriminação, que torne impossível a permanência do consumidor no plano, após anos de adesão. Balizamento do conceito de abusividade pela E. Corte Superior, pela imposição dos limites previstos no contrato, na Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS, na Resolução CONSU nº 6/1998 ou na Resolução Normativa nº 63/2004 da ANS, dependendo da data do contrato. Caso concreto em que as partes se referem ao contrato antigo não adaptado. Regras contratuais que instituíram sete faixas etárias, com determinação de aumentos que somam 261,64% (duzentos e sessenta e um inteiros e sessenta e quatro centésimos por cento) totais, seguido de aumento por mudança de faixa etária em todos os anos, a partir dos 72 (setenta e dois) anos de idade do consumidor. Súmula Normativa nº 3, da ANS, de 21/setembro/2001. Descumprimento do ônus probatório preconizado no art. 373, II, do CPC. Aplicabilidade da Resolução Normativa nº 63/2003, na ausência de outro parâmetro de razoabilidade. DANOS MATERIAIS. Restituição dobrada do excesso efetivamente pago. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. Temor quanto ao cancelamento do plano de saúde da idosa, por mora induzida pelas irregularidades da cobrança. Teoria Aprofundada do Desvio Produtivo. Indenização fixada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Princípios da Razoabilidade e da Proporcionalidade. Jurisprudência e Precedentes Citados: REsp 1568244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/12/2016, DJe 19/12/2016 e 010775-79.2013.8.19.0207 - APELAÇÃO - 1ª Ementa - Des(a). HUMBERTO DALLA BERNARDINA DE PINHO - Julgamento: 05/06/2024 - QUINTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 24ª CÂMARA CÍVEL). PARCIAL PROVIMENTO DO RECURSO. (0829096-74.2023.8.19.0209 - APELAÇÃO. Des(a). REGINA LUCIA PASSOS - Julgamento: 21/05/2025 - QUINTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 24ª CÂMARA CÍVEL))

Tratando-se de relação contratual, a correção monetária deve ser aplicada do arbitramento (Súmula 362 do STJ) e os juros de mora da citação (art. 405 do CC).

Por fim, considerando-se a sucumbência mínima da parte autora, deve a parte ré ser condenada ao pagamento integral das despesas processuais e de honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da condenação.

Pelo exposto, encaminha-se o voto no sentido de conhecer e **DAR PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso, a fim de declarar a nulidade das cláusulas contratuais abusivas, condenando-se a ré à devolução dos valores indevidamente cobrados e pagos pela parte autora, a serem calculados em sede de liquidação da sentença, observada a prescrição trienal; ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais), reajustada monetariamente, pelo IPCA, a partir da presente data (Súmula 362, do Superior Tribunal de Justiça), e acrescida de juros legais, a contar da citação (art. 405 do CC), calculados com base na diferença entre a Taxa Selic e o IPCA, observadas as disposições do §3º do art. 406, do Código Civil, com redação dada pela Lei nº 14.905/2024, com ônus sucumbenciais redistribuídos na forma acima, além de honorários advocatícios de 10% sobre o valor da condenação.

Rio de Janeiro, na data da sessão de julgamento.

Desembargadora **CINTIA SANTARÉM CARDINALI**
Relatora