



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO DE JANEIRO
5ª CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

**APELAÇÃO CÍVEL Nº 0199700-61.2014.8.19.0001 E
APELAÇÃO CÍVEL 0227662-93.2013.8.19.0001**

37ª VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL

**APELANTE 1 : UNIMED DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS
COOPERATIVAS MÉDICAS**

APELANTE 2 : JOSE ROBERTO JACY GROSSO

**APELADO 1 : UNIMED - RIO COOPERATIVA DE
TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO
LTDA**

APELADO 2 : OS MESMOS

RELATORA : DESEMBARGADORA REGINA LUCIA PASSOS

A C Ó R D ã O

**DIREITO À SAÚDE. DIREITO DO IDOSO.
DIREITO DO CONSUMIDOR E DIREITO CIVIL.
APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO
DE CONSIGNAÇÃO EM PAGAMENTO. AÇÃO DE
OBRIGAÇÃO DE FAZER. REAJUSTE POR FAIXA
ETÁRIA EM CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº
9.656/1998. AUSÊNCIA DE PREVISÃO DOS
PERCENTUAIS DE REAJUSTE. ABUSIVIDADE.
CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE POR
SUPOSTA INADIMPLÊNCIA. CONSIGNAÇÃO
JUDICIAL DAS MENSALIDADES. AUSÊNCIA
DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA. ILICITUDE DA
RESCISÃO. DANOS MORAIS. INCLUSÃO DA
UNIMED FERJ NO POLO PASSIVO.
RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA.
AFASTAMENTO DA SUCUMBÊNCIA
RECÍPROCA. RECURSOS DAS RÉS
DESPROVIDOS. RECURSO DO AUTOR
PARCIALMENTE PROVIDO.**





I. CASO EM EXAME

1. Apelações cíveis interpostas em Ação de Consignação em Pagamento e Ação de Obrigação de Fazer, ajuizadas por beneficiário de plano de saúde contratado em 1982 em face de operadoras de saúde. O autor alegou abusividade dos reajustes por faixa etária aplicados ao contrato e promoveu a consignação judicial das mensalidades. Posteriormente, teve o plano cancelado sob alegação de inadimplência, apesar dos depósitos judiciais em curso. A R. Sentença julgou parcialmente procedentes os pedidos, reconhecendo a ilegalidade dos reajustes, declarando extinta a obrigação de pagamento objeto da consignação, determinando a devolução em dobro dos valores pagos a maior, condenando ao pagamento de indenização por danos morais e mantendo o restabelecimento do plano de saúde. As rés apelaram sustentando a legalidade dos reajustes, a ilegitimidade da UNIMED FERJ e a inexistência do dever de restituição. O autor apelou requerendo a inclusão da UNIMED FERJ no polo passivo e o afastamento da sucumbência recíproca.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há quatro questões em discussão: (i) definir se a UNIMED FERJ deve integrar o polo passivo da demanda em razão da transferência da carteira de beneficiários; (ii) estabelecer se os reajustes por faixa etária aplicados ao contrato são válidos diante da ausência de previsão contratual dos percentuais incidentes; (iii) determinar se o cancelamento do plano de saúde por alegada inadimplência foi legítimo diante da consignação judicial das mensalidades e da ausência de notificação prévia; e (iv) verificar a adequação da condenação por danos morais e da distribuição dos ônus sucumbenciais.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A transferência da carteira de beneficiários da UNIMED RIO para a UNIMED FERJ transfere a essa a administração dos contratos e os direitos e





obrigações deles decorrentes, legitimando sua inclusão no polo passivo da demanda;

4. A responsabilidade solidária entre as entidades integrantes do Sistema Unimed é reconhecida pela jurisprudência consolidada na Súmula nº 286 do E. TJRJ;

5. O contrato foi celebrado antes da Lei nº 9.656/1998 e não foi adaptado à nova legislação, impondo-se a observância das cláusulas contratuais e das normas consumeristas aplicáveis;

6. O laudo pericial constatou que os documentos contratuais não indicam os percentuais efetivos dos reajustes por faixa etária e que não há prova de que o consumidor tenha sido informado sobre tais índices;

7. A ausência de previsão contratual clara dos percentuais de reajuste inviabiliza o controle de razoabilidade e caracteriza abusividade dos aumentos aplicados;

8. A operadora não se desincumbiu do ônus de demonstrar a validade dos reajustes, nos termos do art. 373, II, do CPC;

9. A Lei nº 9.656/1998 condiciona a rescisão unilateral do plano individual ou familiar por inadimplência à existência de débito superior a sessenta dias e à prévia notificação do consumidor até o quinquagésimo dia de atraso;

10. Os autos comprovam que as mensalidades estavam sendo regularmente consignadas judicialmente em ação anteriormente ajuizada para discutir os reajustes aplicados ao contrato;

11. A operadora não comprovou o envio de notificação prévia ao consumidor, requisito legal indispensável à validade da rescisão contratual;

12. O cancelamento do plano de saúde durante a vigência da consignação judicial configura falha na prestação do serviço e viola os deveres de boa-fé objetiva, lealdade e cooperação contratual.

13. A interrupção indevida da cobertura assistencial de consumidor idoso atinge direitos do





personalidade relacionados à saúde, à dignidade e à segurança.

14. A condição de idoso do autor acentua sua vulnerabilidade e justifica a incidência da proteção especial conferida pelo Estatuto do Idoso;

15. O valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) fixado a título de danos morais observa os Princípios da Proporcionalidade e da Razoabilidade e está em consonância com a jurisprudência da Corte;

16. A parte autora obteve êxito nas pretensões centrais das demandas, caracterizando sucumbência mínima e afastando a sucumbência recíproca prevista na sentença;

17. A atualização do débito deve observar a taxa SELIC como índice único, nos termos do art. 406 do Código Civil e da tese firmada pelo E. STJ no **Tema 1368**.

IV. DISPOSITIVO E TESE

Recursos das rés desprovidos. Recurso da parte autora parcialmente provido.

Tese de julgamento:

1. A operadora que assume carteira de beneficiários de plano de saúde possui legitimidade para integrar o polo passivo das demandas relacionadas aos contratos transferidos;

2. O reajuste por faixa etária em contrato de plano de saúde é inválido quando inexistem previsão contratual clara e comprovação dos percentuais aplicáveis ao consumidor;

3. O cancelamento de plano de saúde por inadimplência exige a observância dos requisitos do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, inclusive notificação prévia do beneficiário;

4. A consignação judicial das mensalidades afasta a caracterização da inadimplência apta a justificar a rescisão contratual.

5. O cancelamento indevido de plano de saúde de consumidor idoso configura dano moral indenizável.

6. O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) estabelece que constitui obrigação da família, da





comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação, dentre outros, do Direito à Dignidade e ao Respeito;

7. A sucumbência recíproca deve ser afastada quando a parte autora obtém êxito nas pretensões essenciais da demanda;

8. A atualização do débito judicial deve observar a taxa SELIC como índice único, abrangendo correção monetária e juros de mora.

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 5º, V. CDC, arts. 2º, 6º, III, 14, 47, 51, § 2º, e 54. CC, arts. 405, 406 e 422. CPC, arts. 373, II, 487, I, 1.009, § 1º, 1.022, 85, §§ 2º e 11, e 86, parágrafo único. Lei nº 9.656/1998, arts. 13 e 15. Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), arts. 3º, 4º, 5º e 15, § 3º.

Jurisprudência e precedentes citados: STJ, Tema 952, REsp nº 1.568.244/RJ, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, j. 14.12.2016. STJ, Tema 1368. STJ, Súmulas nº 469 e nº 608. TJRJ, Súmulas nº 214, nº 286 e nº 343. TJRJ, Apelação nº 0070246-81.2021.8.19.0001, Rel. Des. Cleber Ghelfenstein, j. 11.02.2026. TJRJ, Apelação nº 0000131-49.2021.8.19.0061, Rel. Des. Regina Lucia Passos, j. 08.05.2024. TJRJ, Apelação nº 0843045-76.2024.8.19.0001, Rel. Des. Ricardo Alberto Pereira, j. 27.01.2026. **DESPROVIMENTO DOS RECURSOS DA PARTE RÉ E PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO DO AUTOR. RETIFICA-SE, DE OFÍCIO, AS R. SENTENÇAS.**

A C O R D A M os Desembargadores da Quinta Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, nos termos da certidão de julgamento.

Relatório Processo nº 0199700-61.2014.8.19.0001

Trata-se de **Ação de Obrigação de Fazer**, proposta por JOSÉ ROBERTO JACY GROSSO em face de UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO LTDA. e GOLDEN CROSS





ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA., na qual alegou o autor que, é cliente da primeira ré, e, em virtude da compra da carteira da segunda ré, ocorreu a rescisão contratual unilateral de seu plano.

Aduziu o autor que, obteve conhecimento do cancelamento indevido no momento em que iria fazer uso do plano em consulta médica, entrando em contato com a primeira ré, que justificou o bloqueio considerando um alegado inadimplemento, em que pese estar o pagamento sendo realizado nos autos do processo em apenso (n. 0227662-93.2013.8.19.0001).

Destacou que, o referido feito foi interposto pelo autor em face da 2ª requerida antes da venda da carteira à Unimed Rio com o objetivo de questionar os reajustes aplicados e consignar os pagamentos judicialmente.

Requeru, dessa forma, inclusive em sede de tutela, o restabelecimento do plano de saúde indevidamente rescindido, garantindo a assistência médica e continuação do tratamento da parte autora, confirmando ao final, condenando ainda a parte ré ao ressarcimento dos valores gastos pela parte autora na contratação dos advogados, e indenização por danos morais.

A R. Sentença, às fls. 877/855, teve o seguinte dispositivo:

"ISTO POSTO, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido, consoante inciso I do artigo 487 do CPC, no que se refere a ambos os feitos, processo 0227662-93.2013.8.19.0001 (consignação em pagamento) e processo 0199700-61.2014.8.19.0001 (obrigação de fazer), confirmando a tutela às fls. 248 e 2148 dos autos do processo 0227662-93.2013.8.19.0001 e às fls. 88 dos autos do processo 0199700-61.2014.8.19.0001, declarando extinta a obrigação do pagamento no que se refere à ação de consignação em pagamento (0227662-





93.2013.8.19.0001), condenando a parte ré, no que se refere à ação de obrigação de fazer (processo 0199700-61.2014.8.19.0001), à devolução em dobro dos valores comprovadamente pagos a maior pela parte autora, observada a prescrição trienal, a serem apurados em sede de liquidação da sentença, condenando ainda a parte ré ao pagamento do valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), a título de danos morais, corrigido monetariamente, tendo como termo a quo a data do arbitramento, qual seja, a presente data, na forma do Verbete nº 362 do E. STJ e nº 97 deste E. TJRJ, e acrescida de juros legais, a partir da citação até o efetivo pagamento, na forma do artigo 405 do Código Civil. Considerando a sucumbência recíproca, ficarão as partes responsáveis por metade das custas processuais e pelos honorários advocatícios da parte contrária, fixados em 10% do valor da condenação."

Embargos de Declaração da parte autora, às fls. 893/901, alegando erro material e obscuridade no julgado.

R. Sentença acolhendo em parte os Embargos, nos seguintes termos:

"Fls 893/900: acolho, parcialmente, os referidos Embargos, visto que, conforme corretamente apontado pela parte embargante, o pedido de devolução em dobro foi deduzido no processo nº 0227662-93.2013.8.19.0001 e não no processo nº 0199700-64.2014.8.19.0001, como equivocadamente constou na sentença embargada. Quanto às demais alegações, rejeito os Embargos, em razão de inexistir na sentença recorrida qualquer um dos vícios previstos no art. 1022 do CPC, devendo a mesma permanecer tal como foi lançada e o inconformismo da parte Embargante deve ser manifestado pela via recursal adequada."

Inconformada, a ré UNIMED FERJ interpôs **apelação**, às fls. 935/961, **pugnando pela reforma do julgado**, sustentando, para tanto, que houve legalidade do reajuste aplicado as mensalidades do plano de saúde, por ter previsão no contrato





ser autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, além de estar em conformidade com a jurisprudência recente do E. Superior Tribunal de Justiça. Ainda, alegou a ilegitimidade passiva da recorrente UNIMED-FERJ e a inexistência da obrigação de restituição de valores pagos a título de mensalidades, uma vez que os valores foram pagos à GOLDEN CROSS.

Contrarrazões da parte autora, às fls. 972/983, pelo não conhecimento parcial da apelação da UNIMED FERJ naquilo que exorbita o capítulo devolvido (temas de reajustes, próprios do processo nº 0227662-93.2013.8.19.0001) e o desprovimento integral do apelo quanto ao que efetivamente foi devolvido, mantendo-se a R. Sentença que reconheceu a ilegalidade do cancelamento e determinou a continuidade assistencial.

Relatório Processo nº 0227662-93.2013.8.19.0001

Trata-se de **Ação de Consignação em Pagamento** proposta por JOSÉ ROBERTO JACY GROSSO contra GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA. e UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, na qual alegou o autor que, é cliente da ré desde 1982, ocorrendo em 1999 o aumento por faixa etária, quando o autor completou 60 anos, assim como em 2010, quando completou 70, em que pese não haver previsão contratual do índice do aumento e haver a proibição de reajuste aos 60 anos pelo Estatuto do Idoso.

Requeru, dessa forma, inclusive em sede de tutela, a expedição de guia para consignação em pagamento das mensalidades do plano de saúde com vencimento a partir do mês de agosto de 2013, no valor de R\$ 862,98 (oitocentos e sessenta e dois reais e noventa e oito centavos), declarando a extinção de





obrigação do pagamento, determinando o reajuste anual nas mensalidades do plano de saúde da parte autora a partir de julho de 2008 pelo patamar fixado pela ANS, condenando a parte ré à devolução em dobro dos valores indevidamente pagos a maior, condenando ainda a parte ré ao ressarcimento dos valores gastos pela parte autora na contratação dos advogados.

Decisão, de fl. 248, deferindo a expedição da guia conforme requerido na inicial.

Laudo pericial, às fls. 1691/1721, e esclarecimentos, às fls 1820/1829.

A **R. Sentença**, às fls. 2325/2333, teve o seguinte dispositivo:

"ISTO POSTO, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido, consoante inciso I do artigo 487 do CPC, no que se refere a ambos os feitos, processo 0227662-93.2013.8.19.0001 (consignação em pagamento) e processo 0199700-61.2014.8.19.0001 (obrigação de fazer), confirmando a tutela às fls. 248 e 2148 dos autos do processo 0227662-93.2013.8.19.0001 e às fls. 88 dos autos do processo 0199700-61.2014.8.19.0001, declarando extinta a obrigação do pagamento no que se refere à ação de consignação em pagamento (0227662-93.2013.8.19.0001), condenando a parte ré, no que se refere à ação de obrigação de fazer (processo 0199700-61.2014.8.19.0001), à devolução em dobro dos valores comprovadamente pagos a maior pela parte autora, observada a prescrição trienal, a serem apurados em sede de liquidação da sentença, condenando ainda a parte ré ao pagamento do valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), a título de danos morais, corrigido monetariamente, tendo como termo a quo a data do arbitramento, qual seja, a presente data, na forma do Verbete nº 362 do E. STJ e nº 97 deste E. TJRJ, e acrescida de juros legais, a partir da citação até o efetivo pagamento, na forma do artigo 405 do Código





Civil. Considerando a sucumbência recíproca, ficarão as partes responsáveis por metade das custas processuais e pelos honorários advocatícios da parte contrária, fixados em 10% do valor da condenação."

Inconformada, a **ré UNIMED FERJ** apelou, às fls. 2404/2431, **pugnando pela reforma do julgado**, sustentando, para tanto, que houve legalidade do reajuste aplicado as mensalidades do plano de saúde, por ter previsão no contrato e ser autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, além de estar em conformidade com a jurisprudência recente do Superior Tribunal de Justiça. Ainda, alegou a ilegitimidade passiva da recorrente UNIMED-FERJ e a inexistência da obrigação de restituição de valores pagos a título de mensalidades, uma vez que os valores foram pagos à **GOLDEN CROSS**.

Inconformada, a **parte autora** apelou, às fls. 2434/2447, **pugnando pela reforma do julgado**, para afastar a sucumbência recíproca fixada na R. Sentença ora recorrida e condenar a parte ré a arcar integralmente com verbas sucumbenciais e para que a fixação dos honorários advocatícios sucumbenciais, devidos ao advogado da parte autora, seja no patamar máximo de 20%, conforme art. 85, § 2º, do CPC, reconhecendo-se a necessidade de majoração dos honorários pelo trabalho adicional em grau recursal, nos termos do art. 85, § 11, do CPC. Ademais, pugnou pelo reconhecimento do litisconsórcio passivo entre UNIMED FERJ e **GOLDEN CROSS**, retificando-se a qualificação daquela como "Parte Interessada" e determinando as providências necessárias para sua inclusão no polo passivo da demanda.

Contrarrazões da UNIMED RIO, fl. 2460, pugnando o acolhimento parcial do recurso apenas para fins de inclusão formal da Unimed FERJ no polo passivo, em razão da migração do contrato, sem alteração do mérito da condenação já fixada.





Contrarrazões da parte autora, fl. 2469, pugnando pelo não conhecimento da apelação interposta pela UNIMED - FERJ, por ilegitimidade recursal e ausência de interesse/sucumbência, nos termos dos arts. 996 e 932, III, do CPC. Subsidiariamente, caso superada a preliminar, requereu o desprovemento do recurso.

Contrarrazões da UNIMED FERJ, fl. 2496, pugnando pelo afastamento de qualquer pedido de majoração exclusiva de honorários em favor do apelante.

São os Relatórios já anexados aos autos.

Presentes os requisitos intrínsecos e extrínsecos.

As R. Sentenças devem ser parcialmente reformadas.

PRELIMINARES

Inicialmente, cumpre apreciar a preliminar suscitada pela parte autora, no processo nº 0227662-93.2013.8.19.0001, consistente no reconhecimento da integração da UNIMED FERJ ao polo passivo da demanda.

Consta dos autos que, no curso da instrução processual, a própria UNIMED FERJ requereu sua inclusão no feito em razão da transferência da carteira de beneficiários anteriormente administrada pela UNIMED RIO, ao passo que o autor igualmente se manifestou favoravelmente à alteração da composição subjetiva da lide. Em resposta, o Juízo de origem consignou apenas que a referida operadora já figurava nos autos na qualidade de interessada, tendo inclusive se manifestado ao longo da demanda.





Todavia, a decisão em questão limitou-se a reconhecer a participação processual da UNIMED FERJ como interessada, sem apreciar de forma expressa o pedido de sua integração ao polo passivo. Ademais, tratando-se de decisão interlocutória não sujeita, em princípio, à recorribilidade imediata por agravo de instrumento, a questão poderia ser devolvida à apreciação desta instância revisora em preliminar de apelação, nos termos do artigo 1.009, §1º, do Código de Processo Civil, não havendo que se falar em preclusão.

É fato notório que houve a transferência da carteira de beneficiários da UNIMED RIO para a UNIMED FERJ, em decorrência do processo de descontinuidade das atividades operacionais da primeira como operadora de planos de saúde. Com a efetivação dessa operação, a UNIMED FERJ passou a assumir a administração dos contratos transferidos, bem como os direitos e obrigações deles decorrentes.

A jurisprudência desta Corte vem reconhecendo a responsabilidade solidária das entidades integrantes do Sistema Unimed, entendimento consolidado na Súmula nº 286 deste Tribunal de Justiça, segundo a qual:

"A formação de conglomerado econômico, através de cooperativas prestadoras de serviço de seguro saúde, não exclui a solidariedade entre as pessoas jurídicas cooperativadas pelo atendimento ao consumidor titular do contrato de plano de saúde."

Nesse sentido:

0070246-81.2021.8.19.0001 - APELAÇÃO - Des(a).
CLEBER GHELFENSTEIN - Julgamento: 11/02/2026 -
DECIMA SEGUNDA CAMARA DE DIREITO PRIVADO
(ANTIGA 14ª CÂMARA CÍVEL)





APELAÇÃO CÍVEL. CONSUMIDOR. AÇÃO DE CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE DANO MORAL E TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. ALEGAÇÃO DE NEGATIVA DE INTERNAÇÃO EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA. SURTO PSICÓTICO. RISCO DE MORTE E QUADRO DE IDEIAÇÃO SUICIDA. URGÊNCIA NA INTERNAÇÃO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA PARCIAL CONDENANDO A RÉ NO CUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO DE FAZER E NO PAGAMANETO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS NO VALOR DE R\$ 5.000,00. APELO DA PARTE RÉ UNIMED-RIO E DA UNIMED-FERJ. PRELIMINAR DE RESPONSABILIDADE DA UNIMED-FERJ PARCIALMENTE ACOLHIDA. A JURISPRUDÊNCIA DESTES TRIBUNAL RECONHECE A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE AS ENTIDADES INTEGRANTES DO "SISTEMA UNIMED", CONFORME ENTENDIMENTO CONSOLIDADO NA SÚMULA 286 DESTA CORTE. ADEQUADA A INCLUSÃO DA UNIMED-FERJ COMO PARTE NA PRESENTE DEMANDA, SOBRETUDO PARA ASSEGURAR O EFETIVO CUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO E CONFERIR MAIOR EFETIVIDADE À EXECUÇÃO, SEM PREJUÍZO DA RESPONSABILIDADE DA UNIMED-RIO, QUE PERMANECE LEGITIMADA A INTEGRAR O POLO PASSIVO. NO MÉRITO, RESTOU DEMONSTRADO, DE ACORDO COM OS LAUDOS MÉDICOS ANEXADOS AOS AUTOS, QUE O AUTOR É PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DECORRENTES DO USO DE MÚLTIPLAS DROGAS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS - SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA (CID-10 F19.2) E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (CID-10 F31) -, ENCONTRANDO-SE EM QUADRO QUE DEMANDAVA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E PSICOTERÁPICA EM CARÁTER DE URGÊNCIA. CONSTA DO LAUDO QUE A URGÊNCIA DECORRE DE "ALUCINAÇÕES E IDEIAS DELIRANTES DE ALTÍSSIMA GRAVIDADE EXISTENTES NO MOMENTO ATUAL, COM RISCO REAL E IMINENTE





DE MORTE POR SUICÍDIO DEVIDO AO USO ABUSIVO DE MÚLTIPLAS DROGAS". COMPROVAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO GRAVE DO AUTOR, A NECESSIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO, BEM COMO A IMPRESCINDIBILIDADE DE ACESSO A UNIDADE ESPECIALIZADA. INDICAÇÃO DE APENAS UMA CLÍNICA CONVENIADA, SEM VAGA PARA INTERNAÇÃO EMERGENCIAL. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO CONFIGURADA. PREVISÃO EM CONTRATO DE COBERTURA PARA "TODOS OS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS DECORRENTES DE TRANSTORNOS MENTAIS, CONFORME CLÁUSULA 11.5.1., NÃO HAVENDO QUALQUER MENÇÃO A LIMITAÇÃO DE TEMPO OU COPARTICIPAÇÃO. ADEMAIS, CONSTA EXPRESSAMENTE NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO ANEXADA AOS AUTOS PELA PRÓPRIA RÉ A INDICAÇÃO DE FATOR MODERADOR: SEM COPARTICIPAÇÃO, O QUE TORNA INCABÍVEL E ILEGAL QUALQUER TENTATIVA DE COBRANÇA POSTERIOR, AFASTANDO POR COMPLETO A ALEGAÇÃO DE LIMITAÇÃO TEMPORAL OU DE COPARTICIPAÇÃO COM FUNDAMENTO NO TEMA 1032 DO STJ. CONTUDO, O CUSTEIO DA PERMANÊNCIA DO AUTOR EM CLÍNICA PARTICULAR DEVE SE DAR ATÉ QUE SEJA EFETIVADA SUA TRANSFERÊNCIA PARA CLÍNICA CONVENIADA. DANO MORAL CONFIGURADO. O MONTANTE COMPENSATÓRIO FIXADO EM R\$ 5.000,00 (CINCO MIL REAIS) SE MOSTRA PROPORCIONAL, EQUILIBRADO, RAZOÁVEL E CONSONANTE COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. QUANTO À INCIDÊNCIA DOS JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA SOBRE A CONDENAÇÃO, MERECE REFORMA A SENTENÇA, DE OFÍCIO, PARA CONSIGNAR QUE DEVERÃO OBSERVAR A TAXA SELIC COMO ÍNDICE APLICÁVEL, CONFORME O DECIDIDO NO RESP 1.795.982/SP, TENDO COMO TERMOS INICIAIS A DATA DA CITAÇÃO. ENTENDIMENTO DESTA E TRIBUNAL DE JUSTIÇA ACERCA DO TEMA. RECURSOS PARCIALMENTE





PROVIDOS PARA DETERMINAR A INCLUSÃO DA UNIMED-FERJ NO POLO PASSIVO DA DEMANDA, DETERMINANDO QUE O CUSTEIO EM CLÍNICA PARTICULAR OCORRA ATÉ QUE SEJA EFETIVADA A TRANSFERÊNCIA DO AUTOR PARA CLÍNICA CONVENIADA, BEM COMO PARA AJUSTAR OS JUROS DE MORA E A CORREÇÃO MONETÁRIA INCIDENTES SOBRE A CONDENAÇÃO

No caso concreto, a própria parte autora destaca que, após a celebração do Termo de Ajustamento de Conduta que disciplinou a transferência da carteira, a UNIMED FERJ passou a figurar como destinatária das mensalidades depositadas judicialmente. Assim, sendo a UNIMED FERJ credora dos valores sub judice vencidos após a assinatura do referido TAC, bem como daqueles vincendos, mostra-se inequívoco o seu interesse jurídico na controvérsia e a sua vinculação à relação material discutida nos autos.

Dessa forma, revela-se adequada a sua integração ao polo passivo da presente demanda, sem prejuízo da permanência das demais rés, as quais continuam responsáveis pelos fatos e obrigações decorrentes, em regime de solidariedade.

Por tais fundamentos, **acolhe-se a preliminar suscitada pela parte autora para reconhecer a integração da UNIMED FERJ ao polo passivo da demanda, em litisconsórcio com as demais demandadas.**

Em consequência, resta superada a alegação de ausência de legitimidade recursal da UNIMED FERJ, uma vez reconhecida sua condição de parte na relação processual, razão pela qual conhece-se do recurso por ela interposto.





Rejeitam-se, assim, as demais preliminares suscitadas pelas partes, passando-se ao exame do mérito recursal.

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Destaca-se que à demanda se aplica o Código de Defesa do Consumidor, o qual traz em seu bojo normas de ordem pública e de interesse social, com o objetivo de proteção e defesa do consumidor, em razão de sua vulnerabilidade, de modo que deve ser aplicada a previsão do artigo 6º, inciso III, do CPC.

Assim, a ré se enquadra na condição de prestadora de serviço. A autora é consumidora.

A propósito:

Súmula 469 do E STJ - Aplica - se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

Quanto ao mérito, cabe dizer que, em razão do caráter cogente do CDC e da presumida vulnerabilidade da consumidora, devem as cláusulas limitativas ou obstativas das obrigações, assumidas pela operadora, ser interpretadas à luz da boa-fé objetiva e sempre da maneira mais favorável à consumidora, em consonância com o art. 47.

A mencionada interpretação deve ser aplicada mais ainda, no caso de contratos de adesão, previsto no art. 54, do CDC, como o dos autos, na medida em que a consumidora somente adere às cláusulas do pacto, sem poder a elas se opor, nem sequer travar qualquer discussão, antes de contratar.





Dessa forma, qualquer cláusula que implique em desvantagem exagerada para o consumidor deve ser considerada abusiva e, assim, ser afastada.

REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

Registre-se que, o autor é pessoa idosa.

Ressalte-se que, em última análise, a regulação dos reajustes das mensalidades dos planos de saúde por mudança de faixa etária visava garantir que o contrato não se tornasse impagável para a consumidora no futuro, quando a onerosidade de um contrato novo inviabilizaria uma nova contratação.

Considere-se que, historicamente, estendeu-se a proteção ao consumidor, passando-se a analisar a previsão de aumentos durante toda a relação negocial, que deve ser permeada de razoabilidade. Isso porque a relação em tela é de trato sucessivo e visa longa duração, até a morte do segurado.

Nessa senda, o entendimento foi sumulado por este **E. Tribunal de Justiça, no verbete nº 214**, que assim prevê:

"A vedação do reajuste de seguro saúde, em razão de alteração de faixa etária, aplica-se aos contratos anteriores ao Estatuto do Idoso."

Assim, o entendimento adotado por esta Relatoria já foi no sentido da abusividade do reajuste do plano de saúde por mudança de faixa etária, quando o consumidor completava 60 anos.

Porém, em razão da posterior orientação do E. Superior Tribunal de Justiça, visando a preservação do equilíbrio de tais contratos, impõe-se um novo olhar, tanto para admitir os





reajustes não abusivos, quanto para extirpar as abusividades antecipadas para as faixas etárias anteriores.

Segundo o referido entendimento do E.STJ, a cláusula **de reajuste da mensalidade por faixa etária, por si só, não é abusiva**, mas deve ser analisada casuisticamente.

De tal forma, cumpre expor a sucessão cronológica de regramentos acerca da matéria, a fim de melhor analisar o caso concreto, conforme segue.

Em 1998, foi autorizado pela Lei nº 9.656/1998 o aumento das mensalidades de planos de saúde por mudança de faixa etária, sob a condição de haver previsão contratual e de não se tratar de consumidor com mais de 60 anos de idade vinculado a contrato vigente há mais de dez anos, nos seguintes termos:

"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. 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."

Posteriormente, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) expandiu a proteção legal, afastando o requisito da contratação superior a dez anos para coibir o aumento das mensalidades em desfavor do idoso, ou seja, a majoração passou a ser vedada independente do tempo de contratação do plano de saúde, senão veja-se:





"Artigo 15 (...) 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade."

O alcance da referida norma foi abordado na Súmula desta E. Corte, à vista do caráter das obrigações decorrentes do contrato de plano de saúde, que são de trato sucessivo. Assim, a proteção legal foi estendida, também, a todos os contratos anteriores ao Estatuto do Idoso:

Verbete n.º 214 da Súmula do TJRJ:

"A vedação do reajuste de seguro saúde, em razão de alteração de faixa etária, aplica-se aos contratos anteriores ao Estatuto do Idoso".

Finalmente, o E. STJ se pronunciou acerca da matéria, no **Tema nº 952**, elegendo como um dos paradigmas o REsp 1568244/RJ, julgado em 14/12/2016, sob a relatoria do Exmo. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, cuja ementa segue:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. LEGALIDADE. ÚLTIMO GRUPO DE RISCO. PERCENTUAL DE REAJUSTE. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS. ABUSIVIDADE. NÃO CARACTERIZAÇÃO. EQUILÍBRIO FINANCEIRO-ATUARIAL DO CONTRATO.

- 1. A variação das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde em razão da idade do usuário deverá estar prevista no contrato, de forma clara, bem como todos os grupos etários e os percentuais de reajuste correspondentes, sob pena de não ser aplicada (arts. 15, caput, e 16, IV, da Lei nº 9.656/1998).*
- 2. A cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária do beneficiário encontra fundamento no mutualismo (regime*





de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos.

3. Os gastos de tratamento médico-hospitalar de pessoas idosas são geralmente mais altos do que os de pessoas mais jovens, isto é, o risco assistencial varia consideravelmente em função da idade. Com vistas a obter maior equilíbrio financeiro ao plano de saúde, foram estabelecidos preços fracionados em grupos etários a fim de que tanto os jovens quanto os de idade mais avançada paguem um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de atenção à saúde.

4. Para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, a forçar que os de mais tenra idade suportassem parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do community rating modificado).

5. As mensalidades dos mais jovens, apesar de proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente, sob pena de o negócio perder a atratividade para eles, o que colocaria em colapso todo o sistema de saúde suplementar em virtude do fenômeno da seleção adversa (ou antisseleção).

6. A norma do art. 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003, que veda "a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade", apenas inibe o reajuste que consubstanciar discriminação desproporcional ao idoso, ou seja, aquele sem pertinência alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato.

7. Para evitar abusividades (Súmula nº 469/STJ) nos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, alguns parâmetros devem ser observados, tais como

(i) a expressa previsão contratual;

(ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e as cláusulas gerais da boa-fé objetiva e da especial proteção ao idoso, dado que aumentos excessivamente elevados, sobretudo para esta última categoria,





poderão, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e

(iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais:

a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS.

b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 6/1998, a qual determina a observância de 7 (sete) faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos), não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos.

c) Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.

8. A abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde por inserção do usuário em nova faixa de risco, sobretudo de participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto. Tal reajuste será adequado e razoável sempre que o percentual de majoração for justificado atuarialmente, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa comumente o lucro, o qual não pode ser predatório, haja vista a natureza da atividade econômica explorada: serviço público impróprio ou atividade privada regulamentada





complementar, no caso, ao Serviço Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado.

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

10. TESE para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.

11. CASO CONCRETO: Não restou configurada nenhuma política de preços desmedidos ou tentativa de formação, pela operadora, de "cláusula de barreira" com o intuito de afastar a usuária quase idosa da relação contratual ou do plano de saúde por impossibilidade financeira.

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

12. Recurso especial não provido. (grifei)

(REsp 1568244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/12/2016, DJe 19/12/2016)

Pontue-se, por relevante, que o **Tema nº 952 do E. STJ** tratou de processos envolvendo apenas majorações de mensalidades de pessoas com mais de 60 anos de idade, referentes aos planos de saúde individuais ou familiares.

Assim, segundo aquela E. Corte Superior, para que sejam legais os reajustes em razão da faixa etária, deve-se





verificar a existência dos seguintes requisitos: **expressa previsão contratual e não aplicação de índices desarrazoados ou aleatórios**, em oposição à equidade e à cláusula geral da Boa Fé Objetiva. Também **não poderá representar fator de discriminação do idoso**, tampouco **representar obstáculo incontornável para a permanência do idoso no plano**.

Depreende-se, ainda, que a E. Corte Superior balizou o conceito de abusividade, a fim de evitar decisões destoantes dentro do Judiciário, reputando desarrazoados os aumentos de mensalidades quando ultrapassados os 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, conforme ementa do REsp 1568244/RJ, acima transcrita.

Ocorre que, em 1982, o demandante assinou contrato de adesão e não aderiu à adaptação da avença, nos moldes da Lei nº 9.656/98. Por conseguinte, impor-se-ia a observância das cláusulas contratuais primordialmente, segundo dispôs o Paradigma, cuja ementa acima se transcreveu.

Outrossim, a demandante acostou aos autos o instrumento contratual que respaldou sua causa de pedir.

Além disso, veja-se a conclusão do expert, em laudo de perícia - esclarecimentos (id. 1820), do caso:

Conclusão (I)

Em cumprimento ao r. Procedimento Ordinário de Fls. 1793, e como se vê deste Laudo Pericial, o Louvado exerceu o seu múnus adstrito dos Pontos





Controvertidos diagnosticados pela técnica pericial empregada.

A proposta de adesão ao plano de saúde não consta dos Autos.

Analizando imagem do Contrato às Fls. 218, bem como a imagem do sistema do 1º Réu, a data de admissão foi em 28/04/1982 ao "Plano de Assistência Integral-PAI" ofertado pelo 1º Réu. 8 Flávio Vieira Machado da Cunha Castro- Perito Judicial

O Expert informa que outros documentos mencionam o nome do plano como PA-01.

O Louvado verificou que o Autor apensou Contrato às Fls. 218. Já o 1º Réu apensou às Fls. 310/319 documentação com as regras do Plano.

O Expert informa que existe divergência entre os referidos documentos.

Conforme pode ser analisado, o texto apresentado pelo Autor menciona genericamente faixas etárias, já o documento apresentado pelo Réu, além de mencionar as faixas etárias, detalha quais são idades de cada faixa etária onde os aumentos devem ocorrer.

Destaca que ambos os documentos não informam sobre os efetivos percentuais a serem aplicados.

Trata-se de plano de Saúde firmado antes da Lei 9.656/98 e não adaptado.

Apesar de solicitado pelo Expert às Fls. 1325/1326, o 2º Réu não acostou nos Autos tabela contendo o valor das mensalidades e índices de reajuste propostos. Por outro lado, o Autor realiza pagamento judicial desde agosto de 2013.





O Expert ressalta que a partir de 01/10/2013, a Unimed passou a administrar o plano de saúde do Autor.

Conclusão (II)

O Expert informa que às Fls. 1740/1749, constam o ofício SUSEP/GABIN/N o 042/99, bem como a carta que deu origem ao referido ofício. Neste documento a Susep informa:

" não fazemos qualquer objeção quanto à aplicação do reajuste por faixa etária. Ressaltamos, porém, que tal reajuste não pode ser aplicado aos participantes com mais de sessenta ano de idade e mais de dez anos de plano. "

O Louvado apresenta a seguir a tabela de aumentos definidos por mudança de faixa etária na carta mencionada anteriormente.

PAI TOTAL						
PA						
01	0	17	para	19	59	84,06%
Adm	18	59	para	60	69	132,74%
até	60	69	para	70	99	108,41%
30/09/91						

Não há evidências nos Autos que o Autor tomou conhecimento dos percentuais.

Conclui-se, dessa forma, que houve ausência de previsão contratual de índices que não fossem desarrazoados ou aleatórios, o que anula a validade dos reajustes por faixa etária no caso em questão.

Consequentemente, descumpriu a ré o ônus probatório imposto pelo art. 373, II do CPC, pois deixou de comprovar fato impeditivo do direito da autora.





Diante desse cenário, devem ser mantidas as R. Sentenças.

DO CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE

Cinge-se o **ponto nodal** sobre a licitude da conduta do réu de cancelar o plano de saúde do autor, em razão de alegado débito de mensalidades, o que teria configurado danos morais.

Desde logo, destaca-se que à demanda se aplica o Código de Defesa do Consumidor, o qual traz em seu bojo normas de ordem pública e de interesse social, objetivando a proteção e defesa do consumidor, em razão de sua vulnerabilidade.

Assim, a operadora de saúde se enquadra na condição de prestadora de serviço, enquanto o autor é consumidor, de acordo com o art. 2º do referido diploma.

A propósito, o entendimento vinculativo do E. STJ, por meio do **Verbete Sumular nº 608**:

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão." (SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018)

E deve ser observado o Princípio da Boa-fé Objetiva, que tem função hermenêutica, devendo ser o negócio jurídico interpretado a partir da lealdade que empregaria um homem de bem, visando a assegurar a probidade na sua conclusão e execução, até mesmo porque o novo Código Civil a tal princípio fez menção expressa no art. 422.

Dessa forma é que devem ser observados pelas partes contratantes os deveres secundários criados por tal princípio,





chamados de deveres anexos da Boa-fé objetiva, consistentes em Dever de proteção, cuidado, esclarecimento e lealdade, ou cooperação.

Ademais, em razão do caráter cogente do CDC e da presumida vulnerabilidade do consumidor, devem as cláusulas limitativas ou obstativas das obrigações assumidas pelas seguradoras de saúde, serem interpretadas à luz da boa-fé objetiva e sempre da maneira mais favorável ao consumidor, em consonância com o artigo 47:

"Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor."

Tal interpretação deve ser realizada, mais ainda, no caso de contratos de adesão, previsto no art. 54, do CDC, como o dos autos, na medida em que o consumidor somente adere às cláusulas do pacto, sem poder a elas se opor, nem sequer travar qualquer discussão antes de contratar.

Dessa forma, qualquer cláusula que implique em desvantagem exagerada para o consumidor deve ser considerada abusiva e, assim, ser afastada.

Como se não bastasse, é notório que a avença em questão ostenta, como usual, prazo indeterminado, criando no beneficiário, a expectativa de garantia de cobertura enquanto houver adimplência das mensalidades. Desse modo, as hipóteses de rescisão devem ser tratadas por lei, visando inibir abusos dos contratantes e, ainda, manter o equilíbrio financeiro da relação contratual.

No caso concreto, restou incontrovertido o cancelamento do contrato pela ré. Portanto, deve-se perquirir se





foram cumpridas as exigências para a legitimação de tal conduta, nas circunstâncias em que foi promovida.

Como é cediço, a Lei nº9.656/98 vedou a suspensão ou a rescisão unilateral nos planos de saúde individuais ou familiares, salvo por motivo de fraude ou de não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, privilegiando o princípio da Conservação dos Contratos:

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;
e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

In casu, o autor relatou que, o cancelamento do seu plano de saúde foi descoberto no momento em que não conseguiu autorização para realizar consulta médica necessária à continuidade de tratamento médico que se encontra em andamento.

Aduziu que, estarrecido com a notícia de que não poderia se consultar com o médico e nem continuar com seu tratamento, o autor voltou para a sua casa e telefonou para a





Unimed Rio, que o confirmou o cancelamento do plano, justificando inadimplência no pagamento.

Ocorre que, conforme esclarecido pela parte autora, os pagamentos das mensalidades estão sendo realizados nos autos do processo nº 0227662-93.2013.8.19.0001 - feito interposto pelo autor com o objetivo de questionar os reajustes aplicados e consignar os pagamentos judicialmente.

De fato, em análise aos autos do referido processo, e das guias de depósitos judiciais juntadas nos presentes autos (id. 476/481), conclui-se que, de fato, os valores referentes às mensalidades do plano de saúde do autor estavam sendo consignados judicialmente.

Por outro lado, a Operadora Ré, ora apelante, não comprovou envio de notificação à residência do autor, para cumprimento do disposto na Lei nº 9.656/98.

Portanto, escorreita a R. Sentença em declarar indevido o cancelamento do plano de saúde do autor.

Aplica-se, ainda, a Teoria do Risco da Atividade, segundo a qual todo aquele que se dispõe a exercer alguma atividade no campo da prestação de serviços tem o dever de responder pelos fatos e vícios resultantes do empreendimento assumido, independentemente de culpa.

Isto porque, o dever de obediência às normas técnicas e de segurança, cujo descumprimento gera responsabilidade, decorre do simples fato de se dispor a realizar atividade de prestar serviços, uma vez que os riscos do empreendimento correm por sua conta.





Ademais, a proteção à saúde não é apenas um dever do Estado, estendendo-se como princípio ético, no qual deve se pautar o fornecedor de serviço. É bem certo que o exercício da livre iniciativa deve obedecer a limites, entre estes a boa-fé objetiva, pautada na confiança, lealdade contratual e na vulnerabilidade do consumidor, diante da proteção prevista legalmente.

Indiscutivelmente, o Direito à Saúde é fundamental e atende a uma complexidade de Direitos e Valores, tanto no plano físico, como psíquico, também em termos individuais, quanto em coletivos. Por isso, deve ser protegido pelos mecanismos jurídicos possíveis.

Assim, o Direito à Saúde, como Direito Fundamental que é, deve prevalecer sobre a autonomia da vontade das relações privadas, levando-se em consideração a análise dos casos concretos. O que justifica esse posicionamento é o fato do desequilíbrio entre as empresas privadas operadoras dos planos de saúde e os usuários, o que remete a um poder econômico que deve ser limitado.

Conclui-se que houve, sim, falha na prestação dos serviços e, sendo a responsabilidade objetiva, a teor do art. 14 do CDC, basta a prova do evento danoso, do dano e do nexo de causalidade, para que exsurja o dever de indenizar.

DANOS MORAIS

Quanto aos danos morais, é tênue a linha que separa o mero aborrecimento do cotidiano das lesões de ordem moral sendo certo que para fazer jus à reparação por danos extrapatrimoniais não basta qualquer incômodo, dissabor ou chateação, faz-se necessário que sejam maculados Direitos da personalidade, tais





como a privacidade, a honra, a imagem, a reputação, o nome e a saúde, entre outros.

Porém, o caso concreto repercutiu, sim, na honra do autor, IDOSO, que decerto experimentou sentimento de impotência e irresignação, eis que restou surpreendido com a suspensão de seu plano.

Registre-se, ainda, que se cuida de consumidor idoso, circunstância que atrai a incidência da especial proteção conferida pelo ordenamento jurídico pátrio, notadamente em virtude de sua condição de vulnerabilidade agravada.

E o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) estabelece que constitui obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação, dentre outros, do Direito à Dignidade e ao Respeito, consoante se depreende dos arts. 3º e seguintes, *in verbis*:

"Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; (...)"

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.





Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei."

Também, incide a **Teoria do Desvio Produtivo do Consumidor**, por meio da qual se conclui que o fato do consumidor ser exposto à perda de tempo na tentativa de solucionar amigavelmente um problema de responsabilidade do fornecedor, necessitando acessar a via judicial, consiste em lesão extrapatrimonial para solucionar o impasse.

Afinal, o tempo vital integra a personalidade do indivíduo, devendo ser reparada a respectiva perda. Oportuna a lição do Professor Marcos Dessaune in Teoria Aprofundada do Desvio Produtivo do Consumidor, 2.ed.rev. e ampl. - Vitória, ES, 2017, pág.32,33:

"O problema sobre o qual me debrucei é o seguinte: na atual sociedade de consumo brasileira, o consumidor tem sido corriqueiramente levado a despendar o seu tempo e a se desviar das suas atividades cotidianas para enfrentar problemas de consumo potencial ou efetivamente danosos, que são criados pelos próprios fornecedores.

Para responder ao problema, a primeira hipótese que formulei respalda-se em uma reação natural e previsível da pessoa consumidora: o fornecedor, ao atender mal, gera um problema de consumo potencial ou efetivamente danoso e se furtar à responsabilidade de solucioná-lo tempestivamente, induz o consumidor em estado de carência e condição de vulnerabilidade a despendar uma parcela do seu tempo, a adiar ou suprimir algumas das atividades cotidianas, a desviar as suas competências dessas atividades e, muitas vezes, a assumir deveres e custos do fornecedor para enfrentar o problema lesivo.

A segunda hipótese (complementar) apoia-se em dois fenômenos imutáveis: a lesão ao tempo e às atividades cotidianas do consumidor, que se verifica nessas situações em análise, representa um prejuízo efetivo de cunho existencial porque o tempo é um recurso produtivo





limitado que não pode ser acumulado nem recuperado ao longo da vida da pessoa, bem como porque ninguém pode realizar, simultaneamente, duas ou mais atividades de natureza incompatível ou fisicamente excludentes, do que resulta que uma atividade preterida no presente, em regra, só poderá ser realizada no futuro suprimindo-se outra atividade.

A terceira hipótese (complementar) ampara-se em três fatos observáveis e verificáveis: o dano extrapatrimonial suportado pelo consumidor, que se constata nessas situações em estudo, é ressarcível porque a lesão ao tempo às atividades cotidianas da pessoa consumidora [e real e efetiva, ou seja, há um dano certo; porque esse prejuízo de índole existencial é consequência direta e imediata de um ato desleal e não cooperativo do fornecedor, que leva o consumidor carente e vulnerável a um evento de desvio produtivo, isto é, há um dano no imediato, e porque a ofensa ao tempo e as atividades cotidianas da pessoa consumidora, que são respectivamente bem e interesses existenciais juridicamente relevantes e tutelados, é indevida, ou seja, há um dano injusto."

Assim, depreende-se que, além da constatação da lesão de cunho psicológico em si, pela indisponibilidade do serviço pago, houve a perda de tempo vital experimentada pelo consumidor, e que deve ser compensada.

A propósito, o entendimento dessa E. Corte Estadual:

Apelação Cível. Direito do Consumidor. Cancelamento Indevido de Contrato de Plano de Saúde. Sentença de parcial procedência. Manutenção. Plano de saúde coletivo com mensalidades quitadas por meio de débito automático, em folha de pagamento da beneficiária do plano. Modalidade de plano coparticipativo. Cobrança, em 2019, de suposta dívida referente a contribuições do usuário em atendimentos médicos, realizados desde 2017, supostamente não debitados na folha de pagamento, por falta de margem consignável. Alegação não comprovada. Cancelamento do plano sem notificação eficaz à titular, que inaugurasse a fluência do prazo d





60 (sessenta) dias para purga da mora. Relação negocial de prazo indeterminado, com regulamentação legal das hipóteses de rescisão, visando inibir abusos dos contratantes. Princípios da Preservação do Contrato, da Função Social do Contrato e da Boa-Fé Contratual - artigo 422 do Código Civil. Inadmissibilidade da rescisão unilateral, sem que a operadora do plano de saúde proceda à notificação prévia e efetiva da usuária e conceda o prazo mínimo para a impugnação ou purga da alegada mora. Art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998, que não dispunha, expressamente, sobre os contratos coletivos. Parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS, declarado nulo na Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.5101. Entendimento jurisprudencial, no E. STJ, de que se estende aos planos coletivos a exigência de prévia notificação e de prazo para a correção ou esclarecimento quanto à inadimplência, para efeitos de resilição unilateral do contrato. Incontroversas a contratação e a rescisão o vínculo, por ato unilateral da contratada. Dúvida quanto à dívida e quanto à eficácia da notificação para contagem do prazo de purga da mora. Ausência de fato impeditivo do direito de prosseguir com o vínculo contratual. Danos morais configurados. Angústia da autora idosa, durante a pandemia do Coronavírus, especialmente após o teste positivado. Hipervulnerabilidade. Indenização de 5.000,00 (cinco mil reais), com razoabilidade e proporcionalidade, de acordo com os parâmetros desta E. Corte Estadual. Majoração dos honorários advocatícios sucumbenciais, nos termos do art. 85, §1º, do CPC. Jurisprudência e Precedentes citados: TRF 2ª Região - Turma Espec. III - Relatora: Desembargadora Federal VERA LUCIA LIMA - julgamento: sessão de 23/11/2016, publicação: 05/12/2016; AgInt no AREsp n. 2.104.897/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 8/5/2023, DJe de 12/5/2023; 0349547-06.2015.8.19.0001 - APELAÇÃO - 1ª Ementa - Des(a). REGINA LUCIA PASSOS - Julgamento: 22/11/2023 - QUINTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO; 166271-30.2019.8.19.0001 - APELAÇÃO - 1ª Ementa - Des(a). CINTIA SANTAREM CARDINALI - Julgamento: 30/08/2023 - QUINTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO e 0020115-57.2013.8.19.0042 - APELAÇÃO





1ª Ementa - Des(a). HUMBERTO DALLA BERNARDINA DE PINHO - Julgamento: 30/08/2023 - QUINTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO. DESPROVIMENTO DO RECURSO. (0000131-49.2021.8.19.0061 - APELAÇÃO. Des(a). REGINA LUCIA PASSOS - Julgamento: 08/05/2024 - QUINTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 24ª CÂMARA CÍVEL)

Cabe, portanto, quantificar o valor do dano moral, sendo certo que a matéria é delicada, ficando sujeita à ponderação do julgador, que deve sempre observar os Princípios da Proporcionalidade e da Razoabilidade, haja vista que, embora o art. 5º, inciso V, da Constituição da República tenha assegurado a indenização por dano moral, não estabeleceu os parâmetros para a fixação.

Também devem ser observados, para a fixação da verba, o poder econômico do ofensor, a condição econômica do ofendido, a gravidade da lesão e sua repercussão, não se podendo olvidar da moderação, para que não haja enriquecimento ilícito ou mesmo desprestígio ao caráter punitivo-pedagógico da indenização.

Dessa forma, observando-se as circunstâncias do caso concreto, no qual cuida-se de idoso, hiper vulnerável, tem-se que a quantia de R\$5.000,00 (cinco mil reais), não se revela excessiva, estando de acordo com os Princípios da Razoabilidade e da Proporcionalidade.

Oportuno colacionar precedente no qual foi fixado o mesmo parâmetro, em caso análogo:

0843045-76.2024.8.19.0001 - APELAÇÃO - Des(a). RICARDO ALBERTO PEREIRA - Julgamento: 27/01/2026 - DECIMA QUINTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 20ª CÂMARA CÍVEL)





DIREITO DO CONSUMIDOR E CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. SAÚDE SUPLEMENTAR. CANCELAMENTO DE PLANO POR INADIMPLÊNCIA. RECEBIMENTO DE MENSALIDADES POSTERIORES. VIOLAÇÃO À BOA-FÉ OBJETIVA E SURRECTIO. NOTIFICAÇÃO FORA DO PRAZO. RESTABELECIMENTO DO CONTRATO. DANO MORAL CONFIGURADO. RECURSO PROVIDO. I. Caso em exame 1. Trata-se de apelação interposta pela parte autora, visando à reforma da sentença de improcedência em ação que busca o restabelecimento de plano de saúde cancelado, bem como indenização por dano moral. II. Questão em discussão 2. As questões em discussão consistem em analisar: (i) se o recebimento de mensalidades posteriores ao inadimplemento impede a rescisão unilateral, por violar a boa-fé objetiva e atrair a surrectio; (ii) se a notificação da devedora observou o prazo do art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998; e (iii) se o cancelamento indevido do plano enseja dano moral, bem como o respectivo patamar indenizatório. III. Razões de decidir 3. Relação de consumo. Responsabilidade objetiva do fornecedor por falha na prestação do serviço. 4. No caso, embora incontroverso o atraso da mensalidade de outubro de 2023 (vencimento em 06/10/2023), a ré recebeu, sem ressalvas, as mensalidades de novembro de 2023 a fevereiro de 2024. 5. A aceitação reiterada dos pagamentos posteriores gera legítima expectativa de continuidade do contrato e caracteriza violação à boa-fé objetiva. 6. A ré notificou a autora após mais de 90 dias, em desconformidade com o prazo legal previsto na legislação de regência. Tal extemporaneidade invalida o cancelamento e reforça a abusividade da rescisão. 7. A suspensão indevida do plano de saúde extrapola o mero inadimplemento contratual e enseja indenização. 8. Considerando os critérios de gravidade, repercussão, capacidade econômica das partes e função pedagógica, fixa-se a indenização em R\$ 5.000,00 somado à juros e correção monetária. IV. Dispositivo e tese 9. Recurso conhecido e provido. Determinação de restabelecimento do plano de saúde. 10. Condenação da ré ao pagamento de indenização por dano moral no valor de R\$ 5.000, com juros e correção. _____ Dispositivos relevantes citados: CDC, arts. 3º, caput, e 14, caput e § 3º; Lei nº 9.656/1998, art. 13, parágrafo único, II. CC, arts. 389





parágrafo único, 406 e 422. Jurisprudências relevantes citadas: TJRJ: Enunciado nº 209 da súmula de jurisprudência. STJ: AgInt no REsp 2.050.967, Rel. Min. Raul Araújo, 4ª Turma, j. 04/09/2023, DJe 08/09/2023; REsp 1.887.705/SP, Rel. Min. Moura Ribeiro, 3ª Turma, j. 14/09/2021, DJe 30/11/2021; AgInt no AREsp 2.477.912/SE, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, 4ª Turma, j. 09/09/2024, DJe 12/09/2024.

Amolda-se, ainda, o disposto na **Súmula n.343 do E.TJRJ:**

"A verba indenizatória do dano moral somente será modificada se não atendidos pela sentença os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade na fixação do valor da condenação."

E, considerando a superveniência de tese vinculante firmada pelo E.STJ no julgamento do Tema 1368, pequeno reparo, de ofício, merece o julgado para que a atualização do débito observe a aplicação da taxa SELIC como índice único, por englobar correção monetária e juros de mora, nos termos do art. 406 do Código Civil, mesmo no tocante ao período anterior à entrada em vigor da Lei n.14.905/2024, que modificou a norma.

Por fim, assiste razão à parte autora quanto à insurgência dirigida ao capítulo da sentença que reconheceu a sucumbência recíproca. Nos termos do artigo 86, parágrafo único, do Código de Processo Civil, a sucumbência recíproca somente se justifica quando ambas as partes forem simultaneamente vencedoras e vencidas em parcela relevante de suas pretensões, não se aplicando quando a sucumbência de uma delas for mínima.

No caso concreto, verifica-se que a parte autora obteve êxito quanto às pretensões que constituíam o núcleo da





demanda, logrando provimento favorável em relação às principais controvérsias submetidas à apreciação jurisdicional.

Configurada, portanto, hipótese de sucumbência mínima da parte autora, impõe-se o afastamento da sucumbência recíproca reconhecida na sentença, devendo as rés responderem integralmente pelas custas processuais e honorários advocatícios, na forma do artigo 86, parágrafo único, do CPC.

No tocante à verba honorária, mostra-se adequada a fixação em 15% (quinze por cento), considerando o grau de complexidade da demanda.

Dessa forma, impõe-se a parcial reforma da sentença para afastar a sucumbência recíproca e condenar as rés ao pagamento integral das custas processuais e dos honorários advocatícios sucumbenciais, os quais ficam fixados em 15% (quinze por cento), observada a base de cálculo definida no decisum recorrido.

Dessa forma, impõe-se a parcial reforma da R. Sentença, para afastar a sucumbência recíproca e condenar as rés ao pagamento integral das custas processuais e dos honorários advocatícios sucumbenciais, os quais ficam fixados em 15% (quinze por cento), observada a base de cálculo definida no decisum recorrido.

Por tais razões e fundamentos, o voto é no sentido de **NEGAR PROVIMENTO AOS RECURSOS DAS RÉS E DAR PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO DA PARTE AUTORA**, para I. determinar a inclusão da UNIMED FERJ no polo passivo do processo nº 0227662-93.2013.8.19.0001 e II. condenar a parte ré a arcar com a totalidade das despesas processuais e a pagar honorários sucumbenciais ao patrono da autora no valor de 15%





(quinze por cento) sobre o valor da condenação. **RETIFICA-SE, DE OFÍCIO, PARTE DAS R. SENTENÇAS**, para determinar que a atualização do débito observe a aplicação da taxa SELIC como índice único, por englobar correção monetária e juros de mora, nos termos do art.406 do CC, em consonância com o entendimento firmado pelo E.STJ no julgamento do **Tema n.1368**, mesmo no tocante ao período anterior à entrada em vigor da Lei n.14.905/2024, que modificou a norma.

Rio de Janeiro, na data da assinatura.

DESEMBARGADORA REGINA LUCIA PASSOS
RELATORA

