



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

GABINETE DO DES. OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 0046496-56.2013.815.2001.

Origem : 7ª Vara Cível da Comarca da Capital.

Relator : Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho.

Apelante : GEAP – Autogestão em saúde.

Advogado : Nelson Willians Fraton Rodrigues (OAB/PB 128.341).

Apelado : João Menino de Macedo

Advogado : Odon Dantas Bezerra Cavalcanti (OAB/PB18.000).

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. NÃO INCIDÊNCIA DAS NORMAS CONSUMERISTAS. MODELO DE ACESSO RESTRITO A GRUPO DETERMINADO DE PESSOAS. PROIBIÇÃO DE COMERCIALIZAÇÃO. FINS NÃO LUCRATIVOS. TUTELA DO EQUILÍBRIO ATUARIAL E DO PRINCÍPIO DA SOLIDARIEDADE. REAJUSTE DA MENSALIDADE COM BASE NA MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. RESOLUÇÃO GEAP/CONDEL Nº 612/2012. ANUÊNCIA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ABUSIVIDADE NÃO DEMONSTRADA. IMPROCEDÊNCIA DAS PRETENSÕES EXORDIAIS. REFORMA DA SENTENÇA.

- A evidente diferença estrutural existente entre os planos de autogestão, de acesso restrito a um grupo determinado, daqueles comercializados por operadoras que oferecem seus produtos ao mercado geral e objetivam o lucro, não deve ser relevada pelo operador do direito. Via de consequência, entender pela aplicabilidade das normas consumeristas neste modelo de gestão, no qual inexistente relação de consumo, indubitavelmente ocasionaria o desequilíbrio atuarial do plano de saúde, violando o princípio da solidariedade, próprio à sua constituição, onerando os demais beneficiários não envolvidos na lide.

- “*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.*” (REsp 1285483/PB, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 22/06/2016, DJe 16/08/2016).

- Na hipótese vivenciada pelo autor, observa-se que o aumento por ele suportado na qualidade de segurado não decorreu de reajuste discriminatório e abusivo da mensalidade pelo simples fato de mudança de faixa etária. Isso porque, a elevação da mensalidade ocorreu para todos os usuários, em virtude da reestruturação do plano de saúde promovido, que passou a adotar novo modelo de custeio, na forma da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012.

- “*Não se constata nenhuma irregularidade no procedimento de redesenho do sistema de custeio do plano de saúde administrado pela GEAP, devendo ser reconhecida a legalidade da Resolução nº 616/2012. Tampouco foi demonstrada qualquer abusividade no reajuste das mensalidades efetuados conforme a faixa etária do usuário.*”(REsp n. 1.673.366/RS, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÓAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 8/8/2017, DJe 21/8/2017).

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos. **ACORDA** a Segunda Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, dar provimento ao recurso, nos termos do voto do relator, unânime.

Trata-se de **Apelação Cível** interposta pela Geap – Autogestão em Saúde hostilizando sentença prolatada pelo Juízo da 7ª Vara Cível da Comarca da Capital, nos autos da **Ação Anulatória de Reajuste de Mensalidade de Plano de Saúde c/c Pedido de Antecipação de Tutela** ajuizada por João Menino de Macedo.

Na peça vestibular, o promovente informou manter contrato de prestação e serviços de assistência à saúde com a promovida desde o ano de 1967, tendo ingressado com a presente demanda devido ao seu plano de saúde ter sido reajustado em 275,99% (duzentos e setenta e cinco vírgula noventa e nove por cento), diante da mudança de faixa etária.

Pugnou, então, liminarmente, pela suspensão do reajuste até o julgamento final da demanda. Em provimento final, pela procedência da ação para considerar ilegal o reajuste praticado pela demandada, determinando-se a redução do valor da mensalidade para o valor anterior, qual seja, de R\$ 287,70

(duzentos e oitenta e sete reais e setenta centavos. Pleiteou, ainda, indenização por danos morais e a restituição da quantia paga a maior, devidamente atualizada e em dobro.

Contestação apresentada (fls. 51/100), sustentando, em apertada síntese, a inaplicabilidade das normas consumeristas, por se tratar de autogestão em saúde. Defendeu que, por ser um plano de saúde coletivo, não se sujeita aos reajustes da Agência Nacional de Saúde. Requereu, ao fim, que os pedidos fossem julgados improcedentes.

Réplica impugnatória apresentada (fls. 299/304).

Sobreveio, então, sentença de procedência parcial, cujo dispositivo assim restou redigido:

“Isto posto, e do mais que constam nos autos, julgo procedente, em parte, o pedido formulado na exordial, nos termos do art. 487, inciso I, do CPC, declarando a ilegalidade da cláusula contratual que prevê os aumentos pautados, exclusivamente, em decorrência da mudança da faixa etária, sem prejuízo, contudo, dos demais reajustes previstos em lei, bem como para condenar o promovido a restituir, na forma simples, os valores pagos a maior, referentes aos três anos anteriores à propositura da ação, cujos valores deverão ser apurados em liquidação de sentença, onde, na ocasião a parte autora deverá comprovar o índice permissivo do reajuste devido, conforme estipulado pela Agência Nacional de Saúde, no período compreendido entre o aumento empregado até aquele pagamento efetuado após a concessão da tutela antecipada.

Custas e honorários advocatícios pelo promovido, estes para os quais fixo em R\$ 1.000,00 (um mil reais), nos termos do art. 85, §8º, c/c parágrafo único do art. 86, ambos do NCPC”. (evento nº 349/350).

Inconformada, a ré interpôs Recurso Apelarório (fls. 353/375), alegando, em síntese, a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor por se tratar de plano de autogestão, sem finalidades lucrativas.

Assevera que os limites de reajuste definidos pela ANS não se aplicam aos planos coletivos de saúde, como é o caso dos autos, mas apenas aos individuais e familiares.

Enfatiza que o aumento se deu com base na Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012, tratando-se de uma readequação geral de contribuições e não de reajustes, sendo realizados cálculos atuariais. Ainda sustenta a ausência de majoração abusiva, de modo que a mudança dos valores das mensalidades foi fundamental para a manutenção e o equilíbrio atuarial.

Destaca que não se considera reajuste a variação do valor da contraprestação pecuniária do beneficiário em razão de mudança de faixa etária.

Pontua, por fim, a ausência de obrigatoriedade em relação a devolução dos valores pagos, uma vez que as modificações aplicadas às mensalidades da apelada foram legais.

Contrarrazões apresentadas pela promovida às fls. 380/384.

O Ministério Público, por meio de sua Procuradoria de Justiça, ofertou parecer (fls. 389/390), manifestando-se pelo prosseguimento do feito, sem manifestação de mérito.

É o relatório.

VOTO.

Conheço do recurso porque próprio e regularmente aviado, presentes os pressupostos objetivos e subjetivos de admissibilidade, pelo que passo a analisá-lo.

A controvérsia a ser apreciada por esta Corte de Justiça consiste em perquirir se é ou não cabível a redução da mensalidade do plano de saúde, em virtude da alegada abusividade praticada pela recorrente.

Conforme enunciado da Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*”.

Entrementes, a própria Corte Superior de Justiça, em recentes julgados, estudando com maior cautela os planos de saúde de autogestão, vêm excluindo desses a incidência das normas protetivas consumeristas, sob pena de violar o equilíbrio atuarial e o princípio da solidariedade que justificaram sua constituição, onerando assistidos não envolvidos na lide e desrespeitando normas e regulamentos criados para que a assistência à saúde seja viável para todos os associados. Assim vejamos:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. OPERADORA NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA.

1. A Segunda Seção, quando do julgamento do Recurso Especial 1.285.483/PB, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016, firmou o entendimento no sentido de que “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”.

2. Tendo a Corte local decidido a causa

exclusivamente à luz do Código de Defesa do Consumidor, fica prejudicada a análise das questões suscitadas das razões do recurso especial, de modo que é necessário o retorno dos autos à Corte de origem, para novo julgamento do recurso de apelação, ante a vedação da interpretação de cláusulas contratuais e reexame de fatos e provas (Súmulas 5 e 7 do STJ).

3. Agravo interno a que se nega provimento.!”

(AgInt no AREsp 943.838/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 20/06/2017, DJe 27/06/2017).

“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, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 22/06/2016, DJe 16/08/2016).

Com a devida vênia, coaduno o entendimento supramencionado, pelos fundamentos que passo a expor.

Em passado recente, o Superior Tribunal de Justiça entendia que as normas do CDC aplicavam-se as relações entre filiados e operadoras de plano de saúde de autogestão, sem fins lucrativos, porquanto a tese de que a relação de consumo se caracterizaria pelo objeto contratado, *in casu*, assistência médico-hospitalar, sendo irrelevante a natureza jurídica adotada por eles.

No entanto, uma nova perspectiva foi trazida àquela Corte pela Ministra Maria Isabel Gallotti, em uma questão de ordem: a evidente diferença estrutural existente entre os planos de saúde oferecidos pelas entidades construídas sob aquele modelo, de acesso restrito a um grupo determinado, daqueles comercializados por operadoras que oferecem seus produtos ao mercado geral e objetivam o lucro.

Nos termos da Lei n. 9656/1998, a assistência médica e hospitalar privada é prestada, principalmente por meio de seguros e planos de assistência à saúde, estes distribuídos em quatro modalidades: medicinas de grupo, cooperativas médicas, planos próprios de empresas e autogestões.

Dentre as quatro categorias acima citadas, apenas os planos de saúde constituídos sob a modalidade de autogestão, não visam o lucro. São planos próprios das empresas, dos sindicatos ou das associações ligadas a trabalhadores, que administram por si mesmas os programas de assistência médica, sendo consideradas não comerciais.

A Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conceitua a modalidade de autogestão de assistência privada à saúde.

Afere-se da citada Resolução, pois, que as autogestões deverão possuir gestão própria através de órgãos internos das empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, estabelecida precipuamente para este fim.

Percebe-se, pois, ser característica indispensável as essas pessoas jurídicas, a inexistência de fins lucrativos. Em razão deste perfil e da necessidade de tornar eficiente a utilização do recurso arrecadado, em geral adota-se a coparticipação para o pequeno risco e a autorização administrativa, tanto para procedimentos de alto custo, como para internações eletivas, podendo os planos serem financiados exclusivamente pelo empregador, pelo empregador e pelo empregado, ou exclusivamente pelos beneficiários.

Outro ponto importante a ser considerado, é que as empresas de autogestão não podem oferecer seus planos no mercado de consumo, ficando restrito a determinado grupo de beneficiários, nos termos do art. 2º da Resolução Normativa nº 137/2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, acima declinado.

Nesses termos, considerando a ausência de finalidade lucrativa e de concorrência do mercado, o legislador, não por acaso, excluiu das autogestões a obrigatoriedade do oferecimento do plano referência, previsto na Lei nº 9.656/1998.

É sabido que o plano referência dispõe de uma série de procedimentos mínimos que devem ser ofertados pelas operadoras de planos de saúde, requisitos inegociáveis pelas vontades das partes. Trata-se de um plano básico de oferecimento obrigatório, exceto na autogestão.

De fato, tal exclusão resulta do próprio modelo das autogestões, uma vez que o plano referência, além de garantir ao consumidor “um mínimo” no atendimento a sua saúde, também fomenta a concorrência entre as operadoras que, disponibilizando serviços quase idênticos, diferenciam-se no mercado pelos preços ofertados.

Diante desse cenário, estudiosos do direito consumerista enxergam nesta peculiaridade, motivo o suficiente para afastar a incidência das normas protetivas do consumidor aos beneficiários dos planos de autogestão, porquanto ausentes requisitos essenciais à caracterização do serviço de consumo, quais sejam: **fornecimento no mercado de consumo, sua comercialização, a exigência da remuneração e, ainda, a relação de hipossuficiência entre as partes.**

Acerca deste último requisito, urge destacar que, de fato, inexistente hipossuficiência na relação jurídica estabelecida entre os assistidos e as entidades de autogestão, que tão somente administram recursos, diga-se, reduzidos em comparação às demais modalidades, destinados exclusivamente ao custeio dos serviços médico-hospitalares. Ademais, os beneficiários da autogestão são, em verdade, os próprios proprietários da empresa autogestionada.

Assim, diante de todo o exposto, a meu sentir há diferenças importantes entre os planos de autogestão e as demais modalidades que não podem ser objurgadas pelo operador do direito. Ora, não custa repetir que embora ambas celebrem contratos de assistência privada à saúde, apenas as comerciais operam em regime de mercado (concorrência), visando auferir proveito econômico, inexistindo qualquer especificidade para seus participantes.

Efetivamente, a aplicabilidade das normas consumeristas nesse modelo de gestão, indubitavelmente ocasionaria o desequilíbrio atuarial, violando o princípio da solidariedade, próprio à sua constituição, onerando os demais beneficiários não envolvidos na lide.

Enfatizo, por oportuno, o princípio da Isonomia, que apregoa a igualdade de tratamento para pessoas que se encontram numa mesma situação, tratando desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades.

Desta feita, a equidade que ressoa após o estudo ora posto, é a da não aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor às relações entre beneficiários e planos de saúde de autogestão.

Pontua-se, contudo, que *“o fato da administração por autogestão afastar a aplicação do CDC não atinge o princípio da força obrigatória do contrato (pacta sunt servanda); e, a aplicação das regras do Código Civil em matéria contratual, tão rígidas quanto a legislação consumerista.”* (REsp 1644829/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 21/02/2017, DJe 23/02/2017).

Portanto, ao contrário do que fora sustentado pela parte autora e acatado pelo magistrado de base, não há como se utilizar o Código de Defesa do Consumidor como baliza para aferir possíveis práticas abusivas praticadas pelos planos de autogestão, as quais devem ser averiguadas à luz do Código Civil.

Não fosse isso, é de se destacar que a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça já se manifestou pela ausência de ilegalidade ou abusividade decorrente do aumento das mensalidades dos usuários do plano de saúde operado pela GEAP, oriunda da reestruturação do regime de custeio por meio da Resolução GEAP/CONDEL 616/2012, a qual substituiu o preço único pela precificação por faixa etária. Vejamos:

“RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. GEAP. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. REGIME DE CUSTEIO. REESTRUTURAÇÃO. PREÇO ÚNICO. SUBSTITUIÇÃO. PRECIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA. MAJORAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO. POSSIBILIDADE. ESTUDOS TÉCNICO-ATUARIAIS. SAÚDE FINANCEIRA DA OPERADORA. RESTABELECIMENTO. RESOLUÇÃO GEAP/CONDEL Nº 616/2012. LEGALIDADE. APROVAÇÃO PELOS ÓRGÃOS COMPETENTES. GESTÃO COMPARTILHADA. POLÍTICA ASSISTENCIAL E CUSTEIO DO PLANO. TOMADA DE DECISÃO. PARTICIPAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS. MODELO DE CONTRIBUIÇÕES. DIREITO ADQUIRIDO. INEXISTÊNCIA. EXCEÇÃO DA RUÍNA.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a reestruturação no regime de custeio do plano de saúde administrado pela GEAP, entidade de autogestão, por meio da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012, que implicou a majoração das mensalidades dos usuários, foi ilegal e abusiva.

2. As entidades de autogestão não visam o lucro e constituem sistemas fechados, já que os planos que administram não estão disponíveis no mercado consumidor em geral, mas, ao contrário, a apenas um grupo restrito de beneficiários.

3. A Segunda Seção desta Corte Superior consagrou o entendimento de não se aplicar o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, haja vista a inexistência de relação de consumo.

4. Nos planos coletivos, a ANS restringe-se a monitorar o mercado, de modo que os parâmetros para a majoração das contribuições são decorrentes da livre negociação entre a operadora e a pessoa

jurídica estipulante, possuidora de maior poder de negociação.

5. Na hipótese, a GEAP fazia uso de metodologia defasada para o custeio dos planos de saúde colocados à disposição dos beneficiários, qual seja, havia tão somente a cobrança de preço único para todos os usuários. Isso causou, ao longo do tempo, grave crise financeira na entidade, visto que tal modelo tornava os planos de assistência à saúde atrativos para a população mais idosa e menos atrativos para a população jovem, o que acarretou o envelhecimento da base de beneficiários e a aceleração do crescimento das despesas assistenciais.

6. Após intervenção da PREVIC na instituição e parecer da ANS no sentido da impossibilidade da continuidade da anterior forma de custeio, amparada em estudos atuariais, e para evitar a sua ruína, a GEAP, através do seu Conselho Deliberativo paritário (CONDEL), aprovou diversas resoluções para atualizar o custeio dos respectivos planos de saúde, culminado com a aprovação da Resolução nº 616/2012, adotando nova metodologia, fundamentada no cruzamento de faixas etárias e de remuneração, a qual foi expressamente aprovada pela autarquia reguladora.

7. Não ocorreu reajuste discriminatório e abusivo da mensalidade pelo simples fato de a usuária ser idosa, mas a majoração do preço ocorreu para todos os usuários, em virtude da reestruturação do plano de saúde que passou a adotar novo modelo de custeio.

Necessidade de substituição do "preço único" pela precificação por faixa etária, com amparo em estudos técnicos, a fim de restabelecer a saúde financeira dos planos de saúde geridos pela entidade, evitando-se a descontinuidade dos serviços da saúde suplementar.

Descaracterização de alteração unilateral de preços pela operadora, cuja gestão é compartilhada (composição paritária entre os conselheiros escolhidos pelos patrocinadores e os eleitos pelos beneficiários). Participação dos próprios usuários nas questões atinentes à política assistencial e à forma de custeio do plano.

8. Não se constata nenhuma irregularidade no procedimento de redesenho do sistema de custeio do plano de saúde administrado pela GEAP, devendo ser reconhecida a legalidade da Resolução nº 616/2012. Tampouco foi demonstrada qualquer abusividade no

reajuste das mensalidades efetuados conforme a faixa etária do usuário.

9. Este Tribunal Superior já decidiu que, respeitadas, no mínimo, as mesmas condições de cobertura assistencial (manutenção da qualidade e do conteúdo médico-assistencial da avença), não há direito adquirido a modelo de plano de saúde ou regime de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao usuário ou a discriminação ao idoso.

10. Consoante ficou definido pela Segunda Seção no REsp nº 1.568.244/RJ, representativo de controvérsia, é válida a cláusula de reajuste de mensalidade de plano de saúde amparada na mudança de faixa etária do beneficiário, encontrando fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, sendo regra atuarial e asseguradora de riscos, o que concorre para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do próprio plano. Abusividade não demonstrada dos percentuais de majoração, que encontram justificação técnico-atuarial, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, garantindo a sobrevivência do fundo mútuo e da operadora.

11. Recurso especial provido.

(REsp n. 1.673.366/RS, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 8/8/2017, DJe 21/8/2017).

Pois bem. No caso em apreço, a variação de custo da mensalidade do autor ocorreu em julho de 2012 e se deu justamente em conformidade com a mencionada Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012.

Neste contexto, na hipótese vivenciada pelo idoso João Menino de Macedo, observa-se que o aumento por ele suportado na qualidade de segurado não decorreu de reajuste discriminatório e abusivo da mensalidade pelo simples fato de mudança de faixa etária.

Isso porque, a elevação da mensalidade ocorreu para todos os usuários, em virtude da reestruturação do plano de saúde que passou a adotar novo modelo de custeio, na forma da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012.

Houve, portanto, observância da regra segundo a qual as novas formas de custeio dos planos coletivos da GEAP devem ser precedidas de aprovação do Conselho Deliberativo - CONDEL, órgão máximo da estrutura organizacional da parte ora apelante e responsável pela definição da política geral de administração da entidade e de seus planos de benefícios.

Com efeito, a Resolução GEAP/CONDEL n° 616/2012 foi realizada dentro dos parâmetros da legalidade, tendo se baseado nos estudos atuariais aprovados pelo Conselho Deliberativo, órgão competente de composição paritária, formada tanto por representantes dos participantes e assistidos, como representantes dos patrocinadores.

Assim, em consonância com os recentes posicionamentos do Superior Tribunal de Justiça, que tratam a respeito da inaplicabilidade do CDC aos planos de autogestão, e que reconhecem a legalidade dos aumentos aplicados por tais planos com base nos estudos atuariais; vislumbra-se a ausência de abusividade ou ilegalidade no aumento da mensalidade do plano de saúde da parte apela.

Seguindo a mesma linha ora perfilhada, esta Corte Julgadora jpa se posicionou. Vejamos:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE DAS MENSALIDADES. ALTERAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUSTEIO. EQUILÍBRIO CONTRATUAL. ANUÊNCIA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ABUSIVIDADE NÃO DEMONSTRADA. IMPROCEDÊNCIA DAS PRETENSÕES EXORDIAIS. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO. - Deve ser reconhecida a validade do reajuste realizado pelo plano de saúde nos termos da Resolução/GEAP/CONDEL n° 418/2008, eis que, além de ter sido promovido em consonância com as devidas formalidades legais, através do Conselho Deliberativo competente e de orientação da própria ANS, revelou-se imprescindível para a manutenção do equilíbrio econômico, atuarial e financeiro da própria fundação ré”. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00433357720098152001, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator DESA. MARIA DAS GRAÇAS MORAIS GUEDES , j. em 14-11-2017). (grifo nosso).

E,

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE DAS MENSALIDADES. ALTERAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUSTEIO. EQUILÍBRIO CONTRATUAL. ABUSIVIDADE NÃO DEMONSTRADA. IMPROCEDÊNCIA DAS PRETENSÕES EXORDIAIS. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO. - "É possível reajustar os contratos de saúde coletivos, sempre que

a mensalidade do seguro ficar cara ou se tornar inviável para os padrões da empresa contratante, seja por variação de custos ou por aumento de sinistralidade. 3. Tendo a Corte de origem afastado a abusividade do reajuste aplicado com base nas provas dos autos e no contrato firmado entre as partes, a revisão de tal entendimento esbarra nos óbices das Súmulas n.ºs 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça. 4. Agravo regimental não provido. (AgRg nos EDcl no AREsp 235.553/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÓAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 02/06/2015, DJe 10/06/2015). Vistos, etc”., (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00286844020098152001, - Não possui -, Relator DES. SAULO HENRIQUES DE SÁ BENEVIDES , j. em 04-06-2018).

Neste trilhar de ideias, inexistindo ilicitude ou abusividade na conduta da parte promovida, não há que se falar em cobrança indevida e, por consequência, em devolução de valores.

Ante o exposto, **DOU PROVIMENTO** ao Recurso Apelarório, reformando a sentença para julgar a demanda totalmente improcedente.

No mais, em virtude da modificação do julgado, inverte os ônus da sucumbência, condenando o autor ao pagamento das custas e honorários advocatícios, estes, incluídos os recursais, fixados em R\$ 1.000,00 (mil reais), de acordo com o art. 85, §8º do novo CPC, observando-se, contudo, os efeitos da gratuidade judiciária em relação à exigibilidade da obrigação sucumbencial (art. 98, §3º, do novo CPC).

É COMO VOTO.

Participaram do julgamento, o Exmo. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos, Exmo. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho e o Exmo Dr. Tércio Chaves de Moura, juiz convocado, com jurisdição plena, em substituição ao Exmo Des. Luíz Silvio Ramalho Júnior. *Presente ao julgamento, a Exma. Dra. Janete Maria Ismael da Costa Macedo Procuradora de Justiça.* Sala de Sessões da Segunda Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, João Pessoa 17 de julho de 2018.

Oswaldo Trigueiro do Valle Filho
Desembargador Relator

