

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUÍZ DE DIREITO DA x^a VARA
CÍVEL DA CIRCUNSCRIÇÃO JUDICIÁRIA DE XXXXXXXX-XX**

Processo nº : XXXXXXXXXXXX

FULANO DE TAL, já qualificada nos autos em epígrafe, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio da **Defensoria Pública do XXXXXXXX**, em atenção à determinação de fl. xx, apresentar

RÉPLICA

ao alegado pelas partes requeridas nas Contestações de fls. xx nos termos que passa a expor.

I - RESUMO DA LIDE

Trata-se de ação inominada por meio da qual a Requerente pleiteia que seja declarado abusivo e nulo o reajuste no valor de XX% no contrato firmado, eis que a ANS autorizara aumento de apenas XX%, bem como que seja declarada a nulidade das cláusulas contratuais que não estabelecem o percentual do reajuste anual do valor do Plano de Saúde e que estabelecem a possibilidade das Requeridas reajustarem o preço da mensalidade do Plano de Saúde de forma unilateral.

Pugna, ainda, por provimento jurisdicional a tutela provisória de urgência para determinar que as Requeridas continuem

cobrando pelo plano de saúde contratado o preço da mensalidade de R\$XXXX (XXXXX reais), incidindo apenas os reajustes gerais de preços autorizados pela Agência Nacional de Saúde - ANS para os Planos de Saúde Individuais , sob pena de multa, e também que as Requeridas se abstenham de enviar o nome da Requerente aos serviços de proteção ao crédito, eis que houve aumento abusivo na mensalidade.

Pleiteia, ainda, pela condenação das requeridas à devolução, a favor da requerente, das diferenças das parcelas que foram cobradas em valores superiores à parcela do mês de XXXXX de XXXX, ou seja, no valor de R\$ XXXX (XXXXX reais),

Por fim, pleiteia pela condenação da Requerida ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios.

O pedido liminar de tutela provisória foi indeferido.

Regularmente citadas, as Requeridas apresentaram contestação onde suscitaram, **em suma**, a ausência de vício na majoração pretendida, com base na força vinculante do contrato celebrado entre as partes (plano de saúde coletivo por adesão), além do reajuste está em acordo com as normas previstas na ANS e na Lei nº 9.656/98.

É o que importa relatar.

II - FUNDAMENTOS JURÍDICOS

De pronto, mister se faz atentar ao fato de que as Requeridas não suscitaram nenhum fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do Autor, concentrando sua tese defensiva na alegação de que não se aplica os reajustes anuais de Planos de Saúde Individuais aos Planos de Saúde Coletivos por Adesão.

Considerando tratar-se de um **contrato de adesão**, e ainda, consoante Súmula 469 do STJ, não há como refutar o fato de que **o Código de Defesa do Consumidor é aplicável às operadoras do plano de saúde**. Tem-se que o inciso V do artigo 6º da Lei Consumerista¹ dispõe ser **direito básico do consumidor**, dentre outros, **a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas**.

Ainda que a relação jurídica discutida tenha sido celebrada em observância aos princípios da autonomia da vontade e da força obrigatória dos contratos, **tais preceitos restam devidamente relativizados em face do disposto na legislação consumerista que, por sua vez, representa um conjunto de normas sociais e de ordem pública, mormente voltada à proteção do consumidor na qualidade de parte hipossuficiente da relação de consumo**.

Ou seja, de modo a zelar pelo **equilíbrio da relação jurídica**, **é proibida a utilização de cláusulas tidas como abusivas ao consumidor** inobstante estar estipulado contratualmente ou decorrer da vontade dos contratantes.

Dessa forma, tratando-se de inquestionável relação de consumo amparada pelo Código de Defesa do Consumidor, e tendo em vista a relativização do *pacta sunt servanda* ante a vulnerabilidade da parte autora na qualidade de hipossuficiente que é, não há que se falar, portanto, que há violação ao ato jurídico perfeito trazido no inciso XXXVI do artigo 5º da Constituição Federal².

¹ **Art. 6º [...]**

V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;

Embora ainda seja a força motriz do direito privado brasileiro, foi-se o tempo em que o *pacta sunt servanda* adotava caráter peremptório e intangível. O entendimento dominante hoje é o de que se deve primar pelo **equilíbrio contratual e pela segurança das relações jurídicas**.

O entendimento do Tribunal de Justiça do Distrito Federal acerca da possibilidade de revisão do contrato é uno:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. DIREITO DO CONSUMIDOR. OBESIDADE MÓRBIDA ASSOCIADA A OUTRAS PATOLOGIAS GRAVES. CIRURGIA GASTROPLÁSTICA. RECUSA DA SEGURADORA. DANOS MORAIS. IN RE IPSA. INDENIZAÇÃO CABÍVEL.

É cabível o exame das cláusulas do Contrato de Plano de Saúde à luz dos princípios que regem a relação de consumo, autorizando-se a revisão das cláusulas limitadoras dos direitos inerentes à própria natureza da relação, de forma que não há falar em intangibilidade da força do *pacta sunt servanda*. Demonstrada de forma incontestável a necessidade de a paciente submeter-se à cirurgia bariátrica, porquanto se encontra em situação de grave comprometimento de sua saúde, a restrição da cobertura pelo plano de saúde mostra-se abusiva, mormente quando a paciente enquadra-se nos padrões médicos descritos como aptos à realização do procedimento cirúrgico. Não há que se perquirir sobre a existência de efetivo prejuízo para a paciente, uma vez que neste caso o dano moral é in re ipsa, ou seja, opera independentemente de prova do prejuízo, bastando a mera ocorrência do fato para surgir o direito à reparação. É indubitável a ocorrência do dano moral ao paciente beneficiário do Plano de Saúde que, além de se encontrar vulnerável pelo padecimento físico decorrente do mal que o acomete, sente-se também impotente e abandonado ante a recusa injusta,

² **Art. 5º** Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;

[...]

por parte do plano de saúde, em autorizar procedimento médico/cirúrgico essencial ao tratamento e cura da doença. O quantum indenizatório baseia-se em princípios de prudência e de bom senso, cuja mensuração se dá com lastro em ponderado critério de proporcionalidade e razoabilidade, observando-se a gravidade da repercussão da ofensa e as circunstâncias específicas do evento, os incômodos sofridos pelo requerente, bem como a natureza do direito subjetivo fundamental violado.

(Acórdão n.719440, 20120710115418APC, Relator: ESDRAS NEVES, Revisor: ANA CANTARINO, 6ª Turma Cível, Data de Julgamento: 02/10/2013, Publicado no DJE: 08/10/2013. Pág.: 216).

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. DIREITO DO CONSUMIDOR. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NEGATIVA DE COBERTURA. PROCEDIMENTOS MÉDICOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ROL MERAMENTE EXEMPLIFICATIVO. DANOS MORAIS. INOCORRÊNCIA. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA.

- É cabível o exame das cláusulas do contrato de plano de saúde à luz dos princípios que regem a relação de consumo, autorizando-se necessária a revisão das cláusulas limitadoras dos direitos inerentes à própria natureza da relação, de forma que não há se falar em intangibilidade da força do *pacta sunt servanda*.

- Considera-se abusiva qualquer estipulação excludente de tratamento absolutamente necessário à preservação da saúde humana, tal qual a que restringe o tratamento com fundamento unicamente na inexistência de previsão no rol de procedimentos médicos da Agência Nacional de Saúde (ANS).

- Os procedimentos e eventos em saúde estabelecidos nas resoluções da Agência Nacional de Saúde são meramente exemplificativos e representam um indicativo de cobertura mínima, não excluindo outros procedimentos mais modernos ou adequados ao tratamento do paciente, na forma indicada pelo médico especialista, notadamente se reconhecida sua eficácia pelo Conselho Federal de Medicina.

- Segundo a melhor jurisprudência, aborrecimentos advindos da inexecução de um contrato constituem

natural reação a incômodos que decorrem da convivência em sociedade, não rendendo ensejo à indenização por dano moral, pois se inserem nos transtornos passíveis de ocorrer na vida de qualquer pessoa, insuficientes, portanto, para causar mácula a qualquer bem personalíssimo.

- Incabível o ressarcimento indenizatório a título de danos morais se não comprovado qualquer reflexo danoso ao direito de personalidade, sobretudo quando inexiste grave risco à vida ou à saúde do paciente.

- Recurso parcialmente provido. Sentença parcialmente reformada. Unânime.

(Acórdão n.718203, 20120310220542APC, Relator: OTÁVIO AUGUSTO, 3ª Turma Cível, Data de Julgamento: 25/09/2013, Publicado no DJE: 08/10/2013. Pág.: 148)

REVISÃO DE CONTRATO. CLÁUSULAS CONTRATUAIS. NULIDADE. COMISSÃO DE PERMANÊNCIA. CUMULAÇÃO COM MULTA MORATÓRIA. IMPOSSILIDADE. TAXA MÉDIA DE MERCADO. NATUREZA JURÍDICA DÚPLICE. PREVISÃO CONTRATUAL. PROVA. DESNECESSIDADE. **PACTA SUNT SERVANDA. RELATIVIZAÇÃO.** DESPROVIMENTO DO APELO.

[...]

3. Nos casos em que são aplicáveis as disposições do Código de Defesa do Consumidor, o princípio *pacta sunt servanda* fica relativizado, podendo ser revistas as cláusulas que denotarem abusividade no contrato, desde que requeridas pelo contratante, vedada a revisão de ofício.

[...]

(Acórdão n.579605, 20110410005953APC, Relator: ALVARO LUIS DE ARAUJO SALES CIARLINI, Revisor: ROMEU GONZAGA NEIVA, 5ª Turma Cível, Data de Julgamento: 11/04/2012, Publicado no DJE: 19/04/2012. Pág.: 182)]

O entendimento do Superior Tribunal de Justiça não destoa:

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. CONTRATO BANCÁRIO. **REVISIONAL. PACTA SUNT SERVANDA. RELATIVIZAÇÃO. RELAÇÃO DE CONSUMO.** ACÓRDÃO ALINHADO AO ENTENDIMENTO DA CORTE. SÚMULA 83 DO STJ. FUNDAMENTO NÃO ATACADO. SÚMULA 283/STF. -

MORA - EXISTÊNCIA DE ENCARGOS ABUSIVOS NO PERÍODO DA NORMALIDADE - DESCARACTERIZAÇÃO. SÚMULA 83/STJ. COMISSÃO DE PERMANÊNCIA. INVIABILIDADE DE CUMULAÇÃO COM OS DEMAIS ENCARGOS MORATÓRIOS. POSSIBILIDADE DE INCIDÊNCIA. PREVISÃO CONTRATUAL EXPRESSA. INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL E REEXAME DE PROVAS. VEDAÇÃO EM SEDE ESPECIAL. SÚMULAS 5 e 7/STJ.

1. "No pertinente à revisão das cláusulas contratuais, a legislação consumerista, aplicável à espécie, permite a manifestação acerca da existência de eventuais cláusulas abusivas, o que acaba por relativizar o princípio do pacta sunt servanda" (REsp 1114049/PE, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 29/04/2011). Súmula 83/STJ.

[...]

(AgRg no Ag 1426031/SC, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 02/08/2012, DJe 07/08/2012)

Tem-se, portanto, que a revisão das cláusulas contratuais, ainda que lastreada na autonomia da vontade dos contratantes, é possível.

Ademais, as Requeridas afirmam que a Autora celebrou **contrato de adesão coletivo regido** pelas Resoluções Normativas nº 195 e 196, ambas da ANS, sendo que a Lei nº 9.656/98 **se restringiria apenas aos planos de saúde individuais, sendo, portanto, inaplicável ao caso.** Vejamos o que dispõe o art. 1º da referida Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de

acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo.

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

Não obstante, vejamos o art. 16 da Lei nº 9.656/98:

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei **devem constar dispositivos que indiquem com clareza:**

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o caput do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;

b) coletivo empresarial;

c) coletivo por adesão;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - os bônus, os descontos ou **os agravamentos da contraprestação pecuniária;**

X - a área geográfica de abrangência;

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

XII - número de registro na ANS.

Logo, além da Lei nº 9.656/98 aplicar-se perfeitamente ao caso de contratação por planos coletivos por

adesão, percebe-se pela leitura dos artigos supracitados que as Requeridas ainda infringiram outros dispositivos, tais como não demonstração dos bônus, dos descontos ou dos agravamentos da contraprestação pecuniária e tampouco os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

Nesse sentido, não há como ter validade, cláusula contratual que deixa a mero arbítrio das partes requeridas o aumento das prestações, sob o fundamento de aumento de custos e sinistralidade, sob pena de expressa malversação do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor, *verbis*:

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

[...]

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

Analisando-se a documentação acostada aos autos pelos Réus, verifica-se que estes não trazem qualquer documento comprobatório que justifique o aumento acima dos

índices indicados pela Agência Nacional de Saúde - ANS, que no ano de XXXX, fora de XX%, razão pela qual sua conduta se amolda perfeitamente àquela vedada pelo artigo 51 do CDC, em especial por seu inciso décimo.

Assim, totalmente legítima a pretensão da requerida em rever o seu contrato celebrado, a fim de limitar o aumento do reajuste ao percentual aprovado pela ANS, bem como de receber de volta os valores que pagou a mais, a contar da cobrança abusiva, decorrente do aumento de XX%, eis que as Rés não comprovaram qualquer situação que justificasse aumento superior ao estabelecido pela agência reguladora.

Veja-se jurisprudência nesse sentido:

“PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE DE MENSALIDADE POR AUMENTO DE SINISTRALIDADE. NECESSIDADE DE REEQUILÍBRIO CONTRATUAL. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO EFETIVA. REAJUSTE ABUSIVO. SENTENÇA MANTIDA.

1. Contrato de plano de saúde coletivo firmado com a ré. **Aumento das mensalidades com base na necessidade de reequilíbrio do contrato. Ausência de comprovação. A ré não juntou nenhuma planilha ou outro documento para comprovar suas alegações.** 2. **Mensalidade do plano de saúde aumentada indevidamente. Conduta abusiva da ré. Sinistralidade que deve ser objetiva e adequadamente comprovada.** Precedentes do Tribunal. Ilegalidade. Procedência do pedido mantida. Recurso não provido” (TJSP; Apelação n. 0066132-87.2010.8.26.0002; 10ª Câmara de Direito Privado; Rel. Des. Carlos Alberto Garbi; j. 25.06.2013).

“PLANO DE SAÚDE COLETIVO Reajuste por aumento de sinistralidade Abusividade caracterização Não demonstração do modus operandi para apuração do índice de 85% que a apelante pretende aplicar nas mensalidades a fim de preservar o equilíbrio econômico e financeiro do contrato Operadora que não se desincumbiu do ônus que lhe competia (art. 333, II,

CPC) Cláusula de reajuste por sinistralidade, por si só, não é abusiva Juntada de documento nas razões de apelação Inadmissibilidade Perda do momento oportuno Inteligência do art. 396 do CPC Sentença mantida Recurso desprovido” (TJSP; Ap. N. 005933145.2011.8.26.0577, rel. Des. Mendes Pereira, j. 30.01.2013).

No tocante as normas estabelecidas pela ANS, às resoluções do Conselho de Saúde Suplementar da Agência Nacional da Saúde **não podem malversar as disposições da Lei nº 9.656/1998, sob pena de manifesta violação ao princípio constitucional da legalidade, positivado no inciso II do art. 5º da Magna Carta**³.

Quanto ao entendimento firmado pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ, alegado pelas Requeridas, destaca-se que o CNJ é uma instituição pública que visa aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual. Este Órgão do Judiciário é administrativo e **não tem competência para prestar tutela jurisdicional**, conforme rol taxativo da CF/88 em seu art. 103-B, § 4º:

§ 4º Compete ao Conselho o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos juízes, cabendo-lhe, além de outras atribuições que lhe forem conferidas pelo Estatuto da Magistratura: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)
I - zelar pela autonomia do Poder Judiciário e pelo cumprimento do Estatuto da Magistratura, podendo expedir atos regulamentares, no âmbito de sua

³ Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

competência, ou recomendar providências; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004);

II - zelar pela observância do art. 37 e apreciar, de ofício ou mediante provocação, a legalidade dos atos administrativos praticados por membros ou órgãos do Poder Judiciário, podendo desconstituí-los, revê-los ou fixar prazo para que se adotem as providências necessárias ao exato cumprimento da lei, sem prejuízo da competência do Tribunal de Contas da União; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004);

III receber e conhecer das reclamações contra membros ou órgãos do Poder Judiciário, inclusive contra seus serviços auxiliares, serventias e órgãos prestadores de serviços notariais e de registro que atuem por delegação do poder público ou oficializados, sem prejuízo da competência disciplinar e correicional dos tribunais, podendo avocar processos disciplinares em curso e determinar a remoção, a disponibilidade ou a aposentadoria com subsídios ou proventos proporcionais ao tempo de serviço e aplicar outras sanções administrativas, assegurada ampla defesa; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004);

IV representar ao Ministério Público, no caso de crime contra a administração pública ou de abuso de autoridade; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004);

V rever, de ofício ou mediante provocação, os processos disciplinares de juízes e membros de tribunais julgados há menos de um ano; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004);

VI elaborar semestralmente relatório estatístico sobre processos e sentenças prolatadas, por unidade da Federação, nos diferentes órgãos do Poder Judiciário; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004);

VII elaborar relatório anual, propondo as providências que julgar necessárias, sobre a situação do Poder Judiciário no País e as atividades do Conselho, o qual deve integrar mensagem do Presidente do Supremo Tribunal Federal a ser remetida ao Congresso Nacional, por ocasião da abertura da sessão legislativa. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004).

Logo, infundado o argumento de que o Enunciado nº 22 do CNJ tem aplicabilidade ao caso.

Incontáveis são os precedentes do Tribunal de Justiça do Distrito Federal que assentam a plausibilidade do pleito da Requerente. Vejamos:

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ATENDIMENTO DE

EMERGÊNCIA. INTERNAÇÃO SUBSEQUENTE. NEGATIVA DE COBERTURA. RESOLUÇÃO 13/98 DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESTRIÇÕES QUE NÃO PREVALECEM EM FACE DA LEI 9.656/98 E DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DIREITO À COBERTURA INTEGRAL.

I. As relações jurídicas entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os contratantes dos serviços são regidas pela Lei 9.656/98 e, subsidiariamente, pelo Código de Defesa do Consumidor.

II. Não se submetem a prazos de carência atendimentos emergenciais em que há concreto risco de morte ou de lesões irreparáveis ao consumidor, consoante prescrevem os artigos 12, inciso V, e 35-C da Lei 9.656/98.

III. Dentro do sistema de saúde suplementar, resoluções possuem papel de mera regulamentação, ainda assim dentro dos termos admitidos na Lei 9.656/98.

IV. Resoluções do órgão regulamentador não podem criar direitos e obrigações estranhos à disciplina legal e, muito menos, limitar ou suprimir prerrogativas asseguradas na lei de regência.

V. Não pode prevalecer norma regulamentar que abrevia o direito ao atendimento de emergência ou que exclui da cobertura a internação que dele advém.

VI. Raiaria por indistigável afronta à Lei 9.656/98, que garante indistinta e incondicionalmente a cobertura de atendimentos emergenciais independentemente de prazo de carência, e ao Código de Defesa do Consumidor, que resguarda as legítimas expectativas do consumidor quanto a esse tipo de cobertura, a preponderância da limitação de 12 horas contida na Resolução nº 13, do Conselho de Saúde Suplementar.

VII. Se o atendimento se qualifica como de emergência, a internação que lhe sucede não pode ser considerada autônoma para o fim de ser excluída da cobertura contratual.

VIII. A lei de regência não autoriza a dissociação entre o atendimento de emergência e a internação que dele decorre, muito menos a legislação protecionista consente que o contrato seja interpretado de forma a desvalorizar a proteção legitimamente esperada do consumidor.

IX. Recurso conhecido e desprovido.

(Acórdão n.746803, 20130110182975APC, Relator: JAMES EDUARDO OLIVEIRA, 4ª Turma Cível, Data de Julgamento: 11/12/2013, Publicado no DJE: 14/01/2014. Pág.: 95).

JUIZADO ESPECIAL CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA. REJEITADA. SOLIDARIEDADE DOS FORNECEDORES QUE INTEGRAM A CADEIA DE CONSUMO. **PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO.** ALTERAÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO DE SEGURO. ÍNDICE FORNECIDO PELA ANS: 9,04%. ILEGALIDADE DA COBRANÇA DO ÍNDICE DE 14,13%. PRINCÍPIO DA BOA-FÉ OBJETIVA. AFRONTA. **AUMENTO DA MENSALIDADE EM RAZÃO DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA.** 84 ANOS. BURLA ÀS LEIS 9.656/98 E 10.741/03. RECURSO DESPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA.

1.No caso em espécie, incidem as regras insertas no Código de Defesa do Consumidor, na medida em que se trata de relação de consumo o conflito trazido nos autos, como quer a dicção dos arts. 2º e 3º do CDC.

2.Não prospera a preliminar de ilegitimidade passiva, quando o fornecedor participa da cadeia de consumo (parágrafo único do art. 7º, CDC). No caso em particular, com mais razão, porque o consumidor ampara sua pretensão em contrato de adesão firmado com as seguradoras que figuravam como responsáveis pela prestação dos serviços de saúde. Preliminar rejeitada.

3.A falta de anuência expressa do segurado quanto à alteração contratual perpetrada pelos seguradores faz incidir o artigo 51, incisos IV, X e XIII do CDC e implica em imposição de conduta surpresa por parte da seguradora, em clara afronta aos princípios da informação e da boa-fé objetiva, norteadores das relações contratuais consumeristas, os quais **vedam índices de reajustes desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o segurado. Ademais, o reajuste fixado pelas recorrentes em 14,13% está em desacordo com a ANS que prevê reajuste de 9,04% para os planos individuais, não tendo demonstrado a recorrente nos autos a excepcionalidade da situação a ensejar a incidência de reajuste no patamar pretendido pela**

empresa. Portanto, o reajuste das mensalidades dos planos de saúde deve restringir ao máximo permitido pela ANS.

4.A Lei nº 9.656/98 vedou a alteração dos valores das mensalidades do plano de saúde aos consumidores com mais de sessenta anos e determinou que qualquer modificação em razão da idade deverá observar os atos regulatórios expedidos pela Agência Nacional de Saúde(art. 15).

5.Cumpre salientar, ainda, por ser norma de ordem pública, o Estatuto do Idoso possui aplicabilidade imediata sobre todas as relações jurídicas que envolvam maiores de 60 (sessenta) anos, independentemente da época de celebração do contrato de plano de saúde.

6.Acrescente-se que a revisão do valor da mensalidade foi estabelecida em patamares que impedem o beneficiário de prosseguir no contrato (14,13%) e, conseqüentemente, usufruir dos serviços de assistência a sua saúde no momento de sua vida em que é mais necessário. A quebra da comutatividade do contrato, bem como a desproporcionalidade nas prestações, enseja na caracterização da abusividade da cláusula que amparou o aumento.

7.Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida.

8.Ficam as partes recorrentes condenadas ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 10% do valor da condenação.

9.A súmula de julgamento servirá de acórdão, conforme regra do artigo 46 da Lei n.º 9.099/95.

(Acórdão n.771791, 20130111231007ACJ, Relator: CARLOS ALBERTO MARTINS FILHO, 3ª Turma Recursal dos Juizados Especiais do Distrito Federal, Data de Julgamento: 18/03/2014, Publicado no DJE: 28/03/2014. Pág.: 258).

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE PASSIVA. MENSALIDADE. REAJUSTE. MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. IMPOSSIBILIDADE. EXCLUSÃO DOS REAJUSTES. HONORÁRIOS.

1. Não há que se falar em ilegitimidade passiva, uma vez que o contrato de seguro saúde foi oferecido pela companhia de seguros em associação com a administradora e a operadora do contrato de adesão coletivo.

2. Nos termos do artigo 15, §3º, do Estatuto do Idoso, e consoante precedentes deste Tribunal e do Colendo STJ, mostra-se abusiva a cláusula contratual que prevê o reajuste da mensalidade de plano de saúde com base exclusivamente em mudança de faixa etária.

3. Afigura-se a plausibilidade do direito invocado para excluir das mensalidades o aumento realizado com base na idade do segurado, que corre o risco de não permanecer no plano de saúde por não ter condições de suportar os novos valores.

4. Atendendo ao disposto no disposto no artigo 20, §§ 3º e 4º, do Código de Processo Civil, verifica-se que a verba honorária arbitrada foi coerente e proporcional à matéria em litígio, bem como levou em consideração o trabalho despendido pelo causídico e o grau de complexidade da causa.

5. Recurso improvido.

(Acórdão n.707943, 20120710202666APC, Relator: GETÚLIO DE MORAES OLIVEIRA, Revisor: OTÁVIO AUGUSTO, 3ª Turma Cível, Data de Julgamento: 14/08/2013, Publicado no DJE: 04/09/2013. Pág.: 144).

Assim, pela análise da recente jurisprudência, colacionada acima, é possível concluir que o fato da ANS não haver fixado índice de reajuste para contratos coletivos na modalidade adesão, não significa que para os mesmos devam ocorrer reajustes desproporcionais.

Portanto, embora a ANS não regule expressamente os índices de reajustes aplicáveis aos contratos de saúde coletivos por adesão, tem-se que cabe ao Poder Judiciário obstar a pretensão de aumento abusivo das mensalidades desses contratos.

Por fim, ainda observa-se que em nenhum momento na contestação as Requeridas apresentaram elementos probatórios de que os segurados do plano de saúde da Requerente se utilizam em demasiado do plano de saúde, e que em virtude de possuir moléstias poderia vir a ter um

custeio maior para com as prestadoras deste serviço, o que se torna injustificável o aumento abusivo e desproporcional da mensalidade cobrada.

DOS PEDIDOS

Ante o exposto, reitera os termos da petição inicial, por ser da mais pura e lúdima justiça.

XXXXXXXX-XX, XX de XXXXXX de XXXX.

FULANO DE TAL
DEFENSOR PÚBLICO DO XXXXXXX

FULANO DE TAL
Colaboradora
OAB/XX XXXXX