



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000341810

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2029926-21.2025.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante ANTONIA RICCETTI, são agravados BRADESCO SAÚDE S/A e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente sem voto), ALEXANDRE MARCONDES E ENÉAS COSTA GARCIA.

São Paulo, 7 de abril de 2025.

CLAUDIO GODOY
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

AGRAVO DE INSTRUMENTO

Processo n. 2029926-21.2025.8.26.0000

Comarca: São Paulo

Agravante: ANTONIA RICCETTI

Agravadas: BRADESCO SAUDE S/A e QUALICORP
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Juiz: Dr. Rodrigo Cesar Fernandes Marinho

Voto n. 32.973

Agravo de instrumento. Seguro saúde. Reajuste anual por VCMH e por sinistralidade que aparentemente se mostra abusivo, em decorrência da violação do dever de informação. Ausência, por ora, de demonstração de como se chegou aos percentuais indicados. Reajuste autorizado pela ANS para os planos individuais que deverá por ora ser aplicado, em substituição ao reajuste imposto pela seguradora em 2025, nos termos pretendidos. Perigo de demora suficientemente demonstrado, diante do acúmulo e reflexo das elevações na mensalidade atual. Decisão revista em parte. Recurso parcialmente provido.

Cuida-se de agravo de instrumento interposto contra decisão (fls. 174 da origem) que, em ação de seguro saúde, indeferiu pedido de tutela provisória, formulado a fim de que os reajustes aplicados pelas rés desde 2021 sejam afastados e substituídos pelos índices autorizados pela ANS para os contratos individuais.

Sustenta a autora, em sua irresignação, que a comprovação e a justificativa dos reajustes aplicados pela operadora já deveriam ter sido fornecidas administrativamente quando de sua imposição; que, além de serem desprovidos de qualquer justificativa prévia, os percentuais aplicados, em especial o último

reajuste (28,90%), se mostram elevados frente aos índices autorizados pela ANS para os contratos individuais/familiares; que ela não pode ficar sem a cobertura do plano de saúde contratado, pois é idosa (80 anos) e necessita do plano para acompanhamentos e tratamentos médicos; que os reajustes anuais aplicados inviabilizam a manutenção do plano; que a cláusula em que previsto o reajuste tem redação aberta, permitindo a aplicação de qualquer percentual de aumento, o que onera sobremaneira o beneficiário e viola o CDC. Requer a concessão de liminar para o fim de determinar a substituição dos reajustes aplicados pela operadora de 2021 a 2025 pelos autorizados pela ANS para os planos individuais e familiares. Pleiteia, subsidiariamente, a substituição do último reajuste aplicado.

Deferida em parte a liminar (fls. 31/43), o recurso foi regularmente processado e respondido (fls. 49/58 e 90/98).

É o relatório.

De início, persistem as ponderações lançadas quando do deferimento parcial da liminar recursal (fls. 31/43). Conforme então se acentuou:

“Antes de tudo, releva salientar que, em contratos como o presente, cativos e de longa duração, em que a relação se desenvolve durante largo interregno, cobrindo eventos que dizem com a saúde do consumidor, assim dotado de uma especial expectativa de atendimento por um fornecedor a quem se liga confiando na sequência de sua cobertura, avulta a importância de se observarem

princípios básicos do próprio mercado de consumo e, hoje, mesmo das relações paritárias (v. arts. 421 e 422 do CC/02). Trata-se, de forma muito particular, de atender aos imperativos de equilíbrio do contrato e de boa-fé objetiva.

Pelo primeiro, impõe-se que o contrato nasça e se mantenha de acordo com uma mesma equação equilibrada, que evite exagerada desproporção na distribuição das vantagens e ônus contratuais. Mais, não se pode admitir qualquer hipótese de alteração unilateral que lhe imponha onerosidade excessiva, frustrando a expectativa de atendimento do consumidor, forjada em relação, como se disse, de longa duração.

E exatamente porque esta relação se desenvolve no decorrer do tempo, sobreleva o dever de lealdade, de comportamento reto que, de outro turno, a boa-fé objetiva induz, de modo a assegurar que as partes não se desviem do projeto originário comum que o contrato, tal como entabulado, encerra.

Tudo isto se obtempera para assentar que, tal como implementado pela ré, os reajustes do contrato, ao que se crê, dasatendem àqueles princípios contratuais que, em última análise, traduzem real exigência constitucional (art. 3º, I, da CF/88). Desequilibra-se, sem dúvida, e de forma abrupta, a situação do consumidor, veja-se, a quem não convenientemente demonstrada e explicada a exata dimensão da defasagem que se atribui a seu contrato. Impõe-se-lhe, ao argumento de que devido para equalizar o ajuste, um

resíduo de cuja composição não se tem perfeita ciência.

Noutras palavras, impõe-se ao consumidor um reajuste a pretexto de uma defasagem não convenientemente explicada e que se tenciona recompor num só golpe, revendo o preço da avença em patamar muito superior.

Evidencia-se, então, maltrato àqueles princípios contratuais antes identificados, que devem permear o desenvolvimento da relação estabelecida pelas partes.

Porém, há mais. Veja-se que o CDC, primeiro, exigiu que os contratos de adesão fossem redigidos de forma a facilitar a compreensão do consumidor (art. 46), especialmente ocupando-se de obrigar a que cláusulas limitativas, em ajustes de adesão, viessem redigidas de forma destacada (art. 54, par. 4º). Aliás, a própria Lei dos Planos de Saúde disto não destoou (art. 16 da Lei 9.656/98). De outra parte, deu-se o CDC a elencar cláusulas que considerou abusivas (art. 51), dentre as quais aquelas que se ostentem incompatíveis com a boa-fé e equidade, desfavorecendo o consumidor (inciso IV), ou que permitam, direta ou indiretamente, a unilateral alteração da equação econômica do contrato (inciso X).

Mesmo o Código Civil, queira-se paritária a relação, em seu artigo 423 impôs a interpretação favorável ao aderente, em contratos de adesão, de cláusulas ambíguas, afinal sendo também esta normatização geral permeada pelos princípios do

equilíbrio contratual e boa-fé, particularmente vedando-se a potestatividade, tal qual soa do preceito do artigo 122.

*Não se olvida que o Superior Tribunal de Justiça já assentou que são possíveis os reajustes nos contratos de saúde coletivos quando a mensalidade se desequilibrar, seja por variação dos custos ou por aumento de sinistralidade: **STJ, AgRg nos EDcl no Ag. em REsp n. 235.553, rel. min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 20.06.2015.** Mas isto ao apreciar recurso interposto contra acórdão em que o Tribunal de origem havia reconhecido que, naquele caso, os reajustes não se mostravam abusivos. Tal que se reflete na própria ementa do acórdão, que assentou que a revisão do entendimento sobre a abusividade em concreto dos reajustes encontraria óbice nas Súmulas 5 e 7 do referido Tribunal.*

Não por outro motivo, o Tribunal Superior também já deixou de analisar a abusividade dos mesmos reajustes, reputados abusivos pelo Tribunal de origem, com fundamento no óbice imposto pelas súmulas citadas. Confira-se:

'AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO COMINATÓRIA CUMULADA COM DECLARAÇÃO DE NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL QUE BENEFICIA APENAS QUATRO EMPREGADOS. CONTRATO COLETIVO ATÍPICO. APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.

REAJUSTE COM BASE NA SINISTRALIDADE. AUSÊNCIA DE MOTIVAÇÃO IDÔNEA. QUEBRA DA BOA-FÉ OBJETIVA. OFENSA AO PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE. AGRAVO PROVIDO. 1. O Superior Tribunal de Justiça admite, excepcionalmente, a incidência do CDC nos contratos celebrados entre pessoas jurídicas, quando evidente que uma delas, embora não seja tecnicamente a destinatária final do produto ou serviço, apresenta-se em situação de vulnerabilidade em relação à outra. 2. Conforme precedente firmado por esta eg. Corte, '4. A contratação por uma microempresa de plano de saúde em favor de dois únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários. 5. Não se verifica a violação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98 pelo Tribunal de origem, pois a hipótese sob exame revela um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar' (REsp 1.701.600/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, DJe de 9/3/2018). 3. Hipótese em que o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência do STJ, no sentido de que, embora se tratando de contrato firmado por pessoa jurídica, o contrato coletivo de plano de saúde que possua número ínfimo de participantes, no caso apenas quatro beneficiários, dado o seu caráter de contrato coletivo atípico, justifica a incidência do Código de Defesa do Consumidor, autorizando tratamento excepcional como plano individual ou familiar. Ademais, nos termos do reconhecido pelas instâncias ordinárias, o reajuste pretendido, fundado em suposto aumento da sinistralidade do grupo, não foi minimamente justificado pela operadora, razão pela qual autorizado, tão somente, reajuste aprovado pela ANS para o período. 4.

Agravo interno provido para conhecer do agravo e negar provimento ao recurso especial da operadora de plano de saúde.' (STJ, AgInt nos EDcl no AREsp nº 1.137.152, rel. min. Raul Araújo, j. 02.04.2019, g.n.).

'AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO. ABUSIVIDADE DO REAJUSTE. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO DOS AUTOS E CLÁUSULAS CONTRATUAIS. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. 1. Se a Corte de origem, com base no conjunto fático dos autos e interpretando cláusulas do pacto, concluiu pela ausência de comprovação de que houve aumento da sinistralidade do grupo a fim de justificar o reajuste na mensalidade do plano de saúde, inviável alterar as conclusões do julgado recorrido, em face dos óbices das Súmulas 5 e 7 do STJ. 2. Agravo interno a que se nega provimento.' (STJ, AgInt no AREsp nº 1.199.105, rel. min. Maria Isabel Galloti, j. 04.06.2019).

Mas, ainda em tese autorizados reajustes para se evitar um comprovado desequilíbrio contratual, tal o que não significa apriorística faculdade de alterações verdadeiramente potestativas, unilaterais, pouco transparentes ou não esclarecidas ao consumidor.

Pois, no caso concreto, reclama a autora dos reajustes realizados, ao que indica, de forma anual e por conta da variação dos custos médico-hospitalares e da sinistralidade, nos anos de 2021 a 2025. Os reajustes foram, respectivamente, de acordo com o

apontado nas razões recursais, de 17,59%, 9,98%, 28,9%, 39,65% e 28,9%, conquanto, no mesmo período, o índice da ANS para os contratos individuais tenha sido de 8,14%, -8,19%, 15,50%, 9,63% e 6,91% (cf. fls. 7).

Mas, de início, parece não haver abusividade flagrante no reajuste realizado em 2022. Ao que se vê, o reajuste efetivado em tal ano (9,98%) foi inferior ao aplicado pela seguradora no ano anterior (17,59%) e não muito superior ao índice aplicado pela ANS também no ano anterior (8,14%). E aqui observado que, nesse ano, o reajuste da ANS foi negativo (-8,19%), sendo em geral duvidosa sua aplicação ao caso presente, que envolve contrato coletivo e não individual, por isso servindo os índices da ANS como mero elemento de integração, mas em princípio que não deve levar à deflação do preço do contrato coletivo, como se fosse individual.

Questão outra, ao que por ora se vê, são os reajustes efetivados nos outros anos questionados pela autora (2021, 2023, 2024 e 2025), pelos quais elevado o valor da mensalidade em praticamente mais de um quarto do preço, com exceção de 2021, em que a majoração foi de 17,59%. Os referidos reajustes destoaram, ressalta-se, de forma considerável do percentual fixado pela ANS, que (i) em 2021 foi de 8,14%, ao passo que o reajuste foi de 17,59% (ii) em 2023 foi de 15,5%, ao passo que o reajuste foi de 28,9%; (iii) em 2024 foi de 9,63%, ao passo que o reajuste foi de 39,65%; e (iv) em 2025 foi de 6,91%, ao passo que o reajuste foi de 28,9%.

E tudo, por ora, ao que consta, sem detida explicação pela seguradora ré sobre o referido percentual.

Propriamente quanto à redação das cláusulas contidas na apólice de seguro (fls. 28/79 da origem), que autorizariam os reajustes, elas, superficialmente examinadas, como o impõe a fase do processo e a natureza da medida aqui discutida, parecem pouco claras ao consumidor.

Primeiro, em relação ao 'reajuste financeiro', assim dispõe o contrato (fls. 70 da origem):

'14.1. REAJUSTE FINANCEIRO

Esse reajuste terá por base a variação dos custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro-saúde, durante os 12 (doze) meses anteriores à data de sua aplicação, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) à apólice coletiva.'

Em relação ao 'reajuste por índice de sinistralidade' por sua vez (fls. 70 da origem):

'14.2. REAJUSTE POR ÍNDICE DE SINISTRALIDADE

Entende-se por sinistralidade a relação percentual entre despesas e receitas do benefício. A totalidade das

despesas é calculada pela soma dos valores pagos por todo e qualquer atendimento médico-hospitalar coberto na apólice coletiva, prestado aos beneficiários por meio da rede referenciada da Bradesco Saúde ou da livre escolha de prestadores (via reembolso de despesas pagas pelos beneficiários, conforme condições contratuais).

O valor mensal do benefício será avaliado periodicamente e poderá ser reajustado em função do índice de sinistralidade calculado, independentemente da data de adesão do beneficiário (titular ou dependente) à apólice coletiva.

A aplicação desse reajuste visa manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice coletiva, o que respeita o princípio do mutualismo que rege a contratação coletiva.

ATENÇÃO

O índice de sinistralidade está diretamente relacionado à utilização regular e adequada do seguro-saúde (veja mais em 'Use bem, use sempre').'

Pois, em relação à cláusula que prevê o 'reajuste financeiro', ela não parece demonstrar como será calculada a elevação por variação dos custos dos serviços prestados, além de não esclarecer o que se compreende em tais custos. Tem-se o uso de termos extremamente genéricos e pouco claros ao consumidor, aos quais subsumíveis quaisquer despesas que a seguradora possa ter.

Tal generalidade e falta de clareza, em princípio, também se repete na cláusula de 'reajuste por índice de sinistralidade'.

Além do mais, mesmo que desconsiderada a própria redação pouco clara das cláusulas, ainda restaria à seguradora demonstrar que os percentuais em questão não se mostraram desarrazoados, mas sim justificáveis por fatores concretamente comprovados. E o que, por ora, não se tem esclarecido nos autos.

Neste contexto, tendo em vista a urgência do pleito, considerando que o reajuste de 2025 resulta na elevação da mensalidade de cerca de R\$6.000,00 a R\$7.684,68 (cf. fls. 90/101 da origem), assim em mais de mil e quinhentos reais, em potencial risco à manutenção do plano de saúde, entende-se conceder em parte a liminar postulada.

Aqui, destaca-se que, em relação aos reajustes dos anos anteriores, ainda que parte deles pareça abusiva, como acima mencionado, não se entende presente fator de urgência a autorizar a tutela requerida, já que, em relação a tais períodos, as mensalidades foram adimplidas, vindo a autora a questionar a elevação do prêmio apenas agora, em 2025.

Daí que, por tudo isso, em parte se defere a liminar, a fim de que seja aplicado, no reajuste de 2025, e por ora, o índice previsto pela ANS – dando-se cumprimento na origem. E tudo, portanto, até que a questão se venha mais detidamente a apreciar pelo Colegiado, após a oitiva dos demandados, a quem caberá trazer maiores esclarecimentos sobre o percentual aplicado.

Assim, os agravados deverão proceder ao recálculo do prêmio, nos termos acima delineados, emitindo o próximo boleto com o valor já reajustado, sob pena de multa diária de R\$1.000,00.”

Pois, tendo retornado os autos para julgamento de mérito do recurso, não se entende alterado o panorama anteriormente analisado.

As agravadas, em contraminuta (fls. 49/58 e 90/98), sequer abordaram concretamente os índices questionados pela agravante, limitando-se a afirmar a inexistência, *in casu*, de perigo de demora, e sustentando, genericamente, a ausência de abusividade dos dispositivos contratuais.

Diante desse contexto, tudo o que ainda se deve apurar de modo mais aprofundado, mas que, por enquanto, justifica a concessão em parte da tutela postulada, nos moldes acima delineados.

Ante o exposto, **DÁ-SE PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso.

CLAUDIO GODOY
relator