



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000377369

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos do Apelação Cível nº 1009536-34.2022.8.26.0297, da Comarca de Jales, em que são apelantes CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, é apelado MARIA APARECIDA FONTES ROSSAFA.

ACORDAM, em 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Converteram o julgamento em diligência. V. U. COMPARECEU/COMPARECERAM AO JULGAMENTO O/A(S) ADVOGADO/A(S) ANA EDUARDA BAZZO PUPIM", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente sem voto), THEODURETO CAMARGO E CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER.

São Paulo, 16 de abril de 2025.

SILVÉRIO DA SILVA
RELATOR
Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO Nº: 39806

APELAÇÃO Nº: 1009536-34.2022.8.26.0297

COMARCA: FORO DE JALES

APELANTE: CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL E OUTRO

APELADO: MARIA APARECIDA FONTES ROSSAFA

INT. ACRESP ASSOCIAÇÃO CULTURAL E RECREATIVA DOS SERVIDORES PÚBLICOS

SLB

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DECLARATÓRIA C.C. REPETIÇÃO DE INDÉBITO E TUTELA ANTECIPADA. ALEGAÇÃO DE AUMENTO ABUSIVO E ILEGAL NAS MENSALIDADES DESDE 2011. SENTENÇA PROCEDENTE. INCONFORMISMO DOS RÉUS. ADMINISTRADORA DO PLANO DE SAÚDE É PARTE LEGÍTIMA PARA FIGURAR NO POLO PASSIVO, PORQUE INTEGRA A CADEIA DE CONSUMO. PRELIMINAR REJEITADA. REAJUSTES POR SINISTRALIDADE QUE, POR SI SÓ, NÃO SÃO ABUSIVOS. LAUDO PERICIAL QUE CONCLUIU PELA LICITUDE DOS CÁLCULOS DAS MENSALIDADES. RELATÓRIOS EMITIDOS PELO PLANO DE SAÚDE QUE EMBASARAM O LAUDO PERICIAL COM INFORMAÇÕES QUE NÃO PERMITEM IDENTIFICAR QUE OS DADOS SE REFIRAM AO CONTRATO A QUE A AURORA ADERIU. NÚMERO DE REGISTROS DA ANS E DADOS DE INÍCIO DO CONTRATO DISCREPANTES. PERITO QUE APENAS CONFERIU OS CÁLCULOS COM BASE NOS ÍNDICES APRESENTADOS PELO PLANO DE SAÚDE. NECESSIDADE DE NOVA PERÍCIA, PARA CONFRONTAR OS DADOS COM DOCUMENTOS CONTÁBEIS. CONVERSÃO DO JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA.

A sentença a fls. 817/827, cujo relatório adoto,



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

julgou procedente o pedido para A) DECLARAR a abusividade do índice de 65% reativo ao reajuste aplicado pelas rés sobre a mensalidade do plano de saúde da autora a partir do mês de novembro de 2022, determinando a limitação aos percentuais autorizados pela ANS para os contratos de plano de saúde individual e familiar no período de referência (15,5%), tornando definitiva a tutela de urgência concedida a fls. 157/159; B) CONDENAR as rés à devolução simples dos valores abusivamente cobrados, observada a prescrição trienal, tendo como base os limites de reajuste fixados pela ANS, valores esses que deverão ser corrigidos monetariamente pela Tabela Prática do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, desde o respectivo desembolso, acrescidos de juros de mora de 1% ao mês a partir da citação, em total a ser apurado em fase de liquidação de sentença.

Apela a administradora do plano de saúde, a fls. 830/851, arguindo preliminar de ilegitimidade passiva.

No mérito, afirma que se trata de contrato coletivo por adesão, sendo inaplicáveis os índices da ANS.

Sustenta a legalidade dos reajustes VCMH e sinistralidade, diante da previsão contratual e insurge-se contra o pedido de ressarcimento de valores.

Apela o plano de saúde, a fls. 854/877, alegando existência de cláusula contratual expressa que prevê o aumento por sinistralidade. Acrescenta que o percentual de reajuste fora pactuado entre empresas jurídicas, contratante e contratada, sendo plenamente devidos e consentidos pela ANS.

Diz que, conforme cálculo atuarial, o reajuste devido seria 71,76%, muito superior aos 65% aplicados ao contrato, esclarecendo que o reajuste por sinistralidade visa o equilíbrio contratual.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Invoca o laudo pericial, que demonstrou a licitude dos reajustes aplicados. Afirma que se trata de contrato coletivo por adesão, com previsão de aumento por sinistralidade, sendo inaplicáveis os índices da ANS, o que impede a devolução de valores.

Pede a reforma da sentença, com improcedência do pedido.

Contrarrazões a fls. 887/902 e 903/915.

É o relatório.

A administradora integra a cadeia de consumo e por isso é parte legítima para figurar no polo passivo da ação, nos termos do art. 7º do Código de Defesa do Consumidor, de modo que rejeito a preliminar.

A autora ajuizou ação declaratória de nulidade de reajuste cumulado com repetição de indébito.

Alegou, em síntese, ser beneficiária do plano de saúde comercializado pela Central Unimed e administrado pela Qualicorp, contratado por meio da Acresp. Afirma que desde 2011 as rés vem praticando reajustes abusivos, sendo que a mensalidade em 2008 correspondia a R\$ 1.123,64 e atualmente, alcançou R\$ 10.077,96. Diz que os aumentos foram aplicados em percentuais bem acima dos autorizados pela ANS aos planos individuais. Pede a nulidade dos reajustes desde o início do contrato, substituindo-os pelos índices autorizados pela ANS para o mesmo período. Subsidiariamente, pede a aplicação dos índices da ANS a partir de 2011, com devolução dos valores cobrados a maior.

Nos planos de saúde coletivos empresariais, contratados por intermédio de uma pessoa jurídica, os índices de



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

reajustes e percentuais são estipulados e definidos entre as partes e não indicados pela ANS.

Os reajustes do plano de saúde são discutidos entre a seguradora, a administradora de benefícios, se existente, e a estipulante.

Não há ilegalidade ou abusividade na existência de cláusula contratual que preveja o reajuste da mensalidade de plano de saúde coletivo em razão de aumento da sinistralidade do grupo segurado em um determinado período (com base na relação entre receitas e despesas), para recomposição do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, nem tampouco em relação ao reajuste financeiro anual, com base no índice de inflação do setor.

É pacífico o entendimento de que não é ilegal, por si só, a cláusula que prevê reajustes por sinistralidade ou financeiro.

Assim, não se devem declarar nulas as cláusulas que preveem os reajustes por sinistralidade e financeiro.

Isso não significa, no entanto, que o índice de reajuste aplicado esteja correto.

O contrato deve manter uma relação de equilíbrio entre o serviço prestado e a contraprestação pecuniária.

E não se pode descuidar do fato de que o contrato de plano de saúde se submete à legislação consumerista, pelo que devem ser protegidos os direitos assegurados ao consumidor, que é a parte mais fraca da relação negocial, ainda mais quando ela se prolonga no tempo, em relações de trato continuado.

Bem por isso, a Lei n. 8078/90 garante que não serão impostas condições por demais gravosas contra o consumidor, e exige a



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

prestação de informação adequada e clara em relação aos produtos oferecidos (artigo 6º, III).

Trata-se de evidente relação de consumo travada entre as partes, na qual a requerente é destinatária final de serviços de assistência médica.

Destarte, as partes se enquadram perfeitamente nos conceitos de consumidores e fornecedoras estatuídos pelo Código de Defesa do Consumidor (artigos 2º e 3º da Lei 8.078/90).

No caso concreto, o plano de saúde apresentou documentos na contestação, sustentando a validade dos reajustes.

Em despacho saneador, foi determinada a realização de perícia atuarial (fls. 572/577).

O laudo pericial a fls. 712/726, concluiu que: ***"Analisando os autos e em conformidade ao pactado pelas partes não haveria diferença nos reajustes efetuados pela seguradora."***

Em resposta ao quesito nº 11 (fls. 723), o perito afirma que não há nada a desabonar o parecer técnico inserido nos autos. Em resposta ao quesito 4 (fls. 724), o perito afirma que *"conforme se observa o percentual de sinistralidade supera o limite de 75%, ou seja, 11/2021 - 10/2022 – 106,23% e 11/2022 – 117,02."*

A apelada impugnou o laudo pericial, afirmando que os documentos apresentados seriam unilaterais, sem exibição de notas fiscais e balanço contábil. Afirmou ainda que os relatórios apresentados pelo plano de saúde se referem a contrato diverso (fls. 756).

Analisando os documentos que embasaram o



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

laudo pericial, não é possível concluir que os contratos juntados se refiram ao produto contratado pela autora.

Os pareceres juntados na contestação a fls. 475 e seguintes, que serviram de base para o cálculo do laudo pericial, se referem ao contrato nº 806 firmado com a Qualicorp indicando início dos contratos em 2019, enquanto o contrato juntado a fls. 462/472 indica instrumento de comercialização de planos nº 6396, celebrado em 01/11/2016, com registro dos produtos sob nº 461.838/10-6, 461.839/10-4 e 467.453/12-7 perante a ANS (fls. 462/472).

Já a tela de computador a fls. 512/513 indica que o plano ao qual a autora aderiu teria registro na ANS sob o nº 476588165, enquanto o contrato celebrado com a Qualicorp juntado na contestação se refere ao registro de nº 461.838/10-6, 461.839/10-4 e 467.453/12-7.

Vale ressaltar que o perito utilizou somente os documentos juntados aos autos para conferir o cálculo das mensalidades, conforme resposta ao quesito 4, a fls. 716.

O parecer elaborado unilateralmente pelo plano de saúde a partir de fls. 475 e seguintes é insuficiente para comprovar os dados contábeis e demonstrar os valores de receita e despesas relativos ao contrato do plano de saúde. Note-se que sequer há indicação do número dos contratos registrados na ANS, dado importante para identificar que se trata do contrato a que a autora está vinculada.

A falta de identidade entre os documentos juntados macula o laudo pericial.

Os reajustes por sinistralidade devem levar em conta a relação percentual entre despesas médico hospitalares e receitas



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

pagas pelos beneficiários e somente se autoriza o reajuste quando houver o desequilíbrio entre as contas em função do índice de sinistralidade.

Assim, considerando a ausência de demonstração de que os valores e dados lançados nos pareceres foram confrontados com documentos contábeis, bem como diante da falta de identidade entre os dados lançados no parecer unilateral e os dados do contrato da autora, prudente que seja realizada nova perícia. Ressalto que o perito deve apurar o cálculo atuarial com base em documentos contábeis fornecidos pelo plano de saúde, acerca da sinistralidade do grupo específico, ao qual pertence a autora.

Assim, é o caso de converter o julgamento em diligência, para realização de nova prova pericial.

Por todo o exposto, **converto o julgamento em diligência** e determinar a realização de nova perícia, de acordo com a fundamentação.

SILVÉRIO DA SILVA

Relator