



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
7ª Câmara de Direito Privado

Registro: 2025.0000446299

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1007837-09.2024.8.26.0565, da Comarca de São Caetano do Sul, em que é apelante RAQUEL CAVALCANTI TANIGAWA, é apelado AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores LIA PORTO (Presidente), LUIZ ANTONIO COSTA E MIGUEL BRANDI.

São Paulo, 8 de maio de 2025.

LIA PORTO
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1007837-09.2024.8.26.0565

Relatora: LIA PORTO

Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado

Comarca: São Caetano do Sul

Apelante(s): Raquel Cavalcanti Tanigawa

Apelado(a)(s): Amil Assistência Médica Internacional S/A

Voto nº 8932

EMENTA: Direito do Consumidor. Apelação. Plano de Saúde. Reajustes Abusivos. Recurso provido.

I. Caso em Exame

Apelação contra sentença que julgou improcedente o pedido de revisão dos reajustes aplicados ao contrato de plano de saúde, com aplicação do índice da ANS e devolução da diferença cobrada. A parte autora alega abusividade dos reajustes e falta de transparência.

II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em verificar a legalidade dos reajustes aplicados ao plano de saúde, considerando a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e a caracterização do contrato como "falso coletivo".

III. Razões de Decidir 3. A relação é de consumo, e o contrato deve respeitar os princípios da boa-fé e transparência. A falta de acesso a informações sobre os reajustes implica quebra do princípio da transparência. 4. O contrato, embora formalmente coletivo, beneficia poucas vidas, caracterizando-se como "falso coletivo", devendo seguir as normas de proteção dos contratos individuais.

IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso provido. Tese de julgamento: 1. Reajustes abusivos em contratos de plano de saúde "falso coletivo" devem ser limitados aos índices da ANS. 2. A devolução de valores pagos a maior deve observar o triênio anterior ao ajuizamento da ação.

Trata-se de apelação contra sentença de fls. 234/237 que julgou improcedente o pedido da parte autora que tinha por objetivo a revisão dos reajustes efetivamente aplicados ao contrato de plano de saúde, com a aplicação do índice da ANS em substituição, bem como a consequente devolução da diferença cobrada.

Apela a parte autora sustentando, em síntese, a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor e a inversão do ônus da prova e que não ficou demonstrada nos autos a adequação dos reajustes de maneira transparente, por meio de extratos pormenorizados, como determina a norma reguladora. Argumenta que os reajustes são abusivos e muito superiores àqueles aprovados pela ANS para os planos individuais.

Contrarrazões às fls. 254/259, arguindo a legalidade do reajuste já que previstos em contrato com o qual aderiu a parte autora. Afirma que não há qualquer norma que impeça o reajuste da forma pactuada. Pugna pela manutenção da r. sentença.

É o relatório.

Esclarecimentos iniciais:

Vigora a liberdade de contratação, contudo ela é tutelada juridicamente e limitada segundo as regras e princípios das leis e da Constituição Federal. Dessa forma é falacioso dizer que apenas por ter sido objeto de contrato qualquer cláusula é, por si só, lícitas. Existem cláusulas que embora constem do contrato firmado livremente entre as partes por ferirem princípios legais e constitucionais (boa-fé, função social, não onerosidade excessiva, transparência, equidade, etc.) não são lícitas. É, portanto, essencial, diante da inafastabilidade da jurisdição, que o Poder Judiciário exerça o controle dos negócios firmados sob o Estado de Direito.

A relação é obviamente de consumo onde as partes rés, plano de saúde e estipulante, ocupam a posição de fornecedor do serviço e a parte autora ocupa a posição de consumidora final deste

serviço, já que há confusão entre a pessoa jurídica contratante a pessoa física que é titular e única beneficiária. As partes, portanto, integram uma relação juridicamente e especialmente tutelada em que há inerente inequidade entre elas e que a lei, procura estabelecer mecanismos de justiça para reestabelecer um equilíbrio entre elas.

O objeto da presente ação é a regularidade dos reajustes. Resume-se, portanto, à onerosidade do contrato. Enquanto a parte autora sustenta que esta se deve a reajustes e variação de preços abusivamente estabelecidos pela ré, a parte ré sustenta que tais reajustes e variações são legítimos.

Sobre a onerosidade do contrato é preciso distinguir a formação do preço (prêmio), o reajuste técnico, também conhecido por sinistralidade, e o reajuste financeiro, também conhecido como reajuste por Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH).

Por tratar-se de contrato aleatório, a formação do preço (prêmio) deve corresponder ao risco assumido pela contratada considerando, ainda, o lucro de mercado. É de natureza eminentemente atuarial.

O mutualismo, em linhas simples, é o compartilhamento dos riscos para que, em conjunto, os beneficiários possam diluir a onerosidade ao longo do tempo. É o mesmo princípio que rege o sistema de previdência. O ingresso no sistema se dá, em geral, muito antes do acréscimo do risco, para que quando se chegue à idade avançada o risco não fique extremamente oneroso. Assim, os jovens pagam mais do que o risco a que estão sujeitos e os velhos pagam menos.

Qual o risco total e por faixa etária assumido pela contratada quanto ao plano comercializado? Somente os dados estatístico-atuariais, compilados por ocasião da formação original dos preços e enviados com a NTRP podem demonstrar. Contudo, a forma de distribuição do risco entre as faixas etárias e o critério matemático do mutualismo não está determinado no contrato. Ou seja, o critério do mutualismo deve ser demonstrado.

As fórmulas matemáticas conhecidas utilizadas pela contratada demonstram apenas o risco total e a formação geral do prêmio e não possuem qualquer fator de distribuição e segmentação do risco ou sequer do prêmio. No entanto, é sabido que a definição do valor de cada faixa etária leva em consideração, adicionalmente à margem de lucro (plenamente admissível), critérios comerciais de oferta, que não estão claros.

Dessa forma, poderiam considerar-se aleatórias as variações de preços se não forem informados os dados estatísticos, fórmulas atuariais e critérios de segmentação do preço; que não possuem base atuarial idônea se as fórmulas matemáticas e atuariais não encontrassem supedâneo técnico na literatura específica. Seriam desarrazoadas as que aplicassem critérios de mutualismo entre as faixas etárias que, ainda que informados, não levassem em consideração os gastos ou os riscos segmentados e específicos de cada e implicassem acréscimo comparativamente excessivo para a última faixa etária.

Sobre esse prêmio incidem dois reajustes anuais na data do aniversário do contrato: o reajuste técnico (por sinistralidade) e o reajuste financeiro (VCMH).

Inequívoco que se trata de contrato formalmente coletivo por adesão. Em relação a esses tipos de contrato não é obrigatória, a princípio, a adoção do índice da ANS que engloba ambos os reajustes (que só é obrigatória para planos individuais e familiares, conforme RN 441/2018 ANS). Contudo, não ser obrigatório não significa ser proibido, mas ao contrário, que a adoção desse índice é facultativa.

Trata-se de outra matéria desregulamentada pela agência de controle do mercado de saúde complementar. Única norma relativa ao tema é a RN 656/2022 ANS:

Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:

I – deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de doze meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato;

II – na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

III – nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I deste artigo.

Neste sentido, em síntese, o reajuste financeiro é aquele que compensa a desvalorização ao longo do período apurado (de natureza eminentemente econômica) e o reajuste de sinistralidade é aquele que compensa o aumento da ocorrência de despesa em

relação às receitas (de natureza eminentemente contábil). Importante ressaltar que nenhum reajuste poderá implicar na atualização da base do prêmio, de natureza atuarial, já que para essa atualização é prevista hipótese específica tratada no artigo 6º, da RN 564/2022 ANS, aplicando-se somente a novas comercializações nos termos do parágrafo 4º, de tal maneira que o reajuste por sinistralidade não aborda a base atuarial do preço.

Quanto ao mérito da ação:

Conforme consta das fls. 152/154, o contrato em questão prevê as cláusulas de reajuste. Ocorre que, se trata verdadeiramente de cláusula em branco, posto que, somente com base nela não se sabe efetivamente qual será o reajuste.

Além disso, o conteúdo que serviria para completar a força normativa dessa cláusula, dando-lhe eficácia são todos exclusivamente provenientes do plano de saúde, alguns deles aleatórios.

Ora, do que vale saber fazer contas se nenhum dos elementos da fórmula é conhecido pelo consumidor. Além disso o fator “Y” é totalmente desconhecido, não havendo qualquer indicação nos autos de como é possível sua obtenção.

Os fatores são, da forma como estabelecidos no contrato, aleatórios e discricionários, já que sua apuração depende de dados de propriedade e ingerência exclusiva da operadora.

Somente seria possível aferir a congruência dos valores

de cada variável se a operadora disponibilizasse a inteireza dos dados (ainda que anonimizados) para os consumidores para que esses pudessem por seus próprios meios afirmar a legitimidade, segundo o contrato com o qual meramente aderiram, dos reajustes.

A realidade dos fatos é que isso não acontece seja extrajudicialmente seja judicialmente. A operadora não disponibiliza os dados completos (afirmando a complexidade, o volume e a sensibilidade dos mesmos) nem para o consumidor nem quando determinado em juízo para a realização de perícia.

Ao consumidor só avisam, de maneira insuficiente, o valor de cada fator e o resultado da simples conta matemática. E para a justiça se negam a fornecer os dados para perícia, jogando com o tempo e a probabilidade de êxito judicial para minimizar prejuízos e maximizar seus ganhos com tal prática, ainda que sob o ônus processual.

Quando apenas uma das partes possui capacidade para a realização do cálculo do reajuste fica evidente a enorme desigualdade entre elas. Quando apenas uma das partes possui com exclusividade a capacidade contratual, com absoluta potestividade, de estabelecer casuisticamente reajustes sem possibilidade de verificação da parte contrária, estamos diante de cláusula nula.

A falta de acesso às informações necessárias para o controle sobre a adequação do reajuste implica em quebra do princípio da transparência que rege os contratos consumeristas. A disposição de cláusulas puramente potestativas implica na quebra do princípio da igualdade e da boa-fé contratual.

A fórmula de reajuste não é obrigatória. Ela é, portanto, opção voluntária de quem redige o contrato de adesão. A Operadora pode escolher outra fórmula, outro método de reajuste, qualquer um, mas a escolha de fórmula segundo a qual é necessária a obtenção de dados que somente uma das partes tem acesso e cujo tratamento é complexo e sensível, implica em abusividade da cláusula.

O mesmo se dá em relação ao reajuste financeiro. A norma regulamentar estabelece a eleição, por parte da Operadora, de índice de reajuste. Contudo, a operadora não informa qual índice é esse. Novamente volta-se a metodologia interna de apuração. Aliás, suas cláusulas estabelecem a possibilidade de alteração unilateral e com motivação de difícil controle. Ainda que sujeita a auditoria, isso não implica em razoabilidade: primeiramente porque a auditoria é contratada pela própria parte interessada e realizada somente com base em dados fornecidos pela mesma parte interessada, secundamente porque o trabalho de auditoria não é de elaboração do índice segundo critérios econômicos, mas somente de validação do índice estabelecido pela parte interessada segundo seus próprios critérios, sequer revelados ao consumidor.

Novamente, há diversos índices elaborados por instituições independentes e autônomas, específicas para o mercado, disponíveis para a livre adoção. Ocorre que a Operadora escolhe unilateralmente o caminho da obscuridade.

Além do já exposto, ainda que os dados fossem disponibilizados e verificáveis seria necessário questionar a legalidade de tais reajustes.

As partes celebraram contrato coletivo de plano de saúde

para beneficiar 4 pessoas da mesma família, mãe e filhas.

Ensina Gustavo Kloh que os planos de saúde se apresentam como divididos em dois grandes modelos de contratação. O artigo 16, VII, da Lei 9.656/98, é claro ao afirmar que os planos podem ter dois regimes distintos: individual ou coletivo. O coletivo é dividido em duas modalidades: por adesão ou empresarial.

Os planos individuais se caracterizam por uma rígida proteção ao usuário, não podendo se submeter a reajustes superiores aos autorizados pela ANS e nem sofrer rescisão unilateral, salvo fraude ou inadimplência.

A doutrina e a jurisprudência têm entendido que os contratos coletivos que envolvam microgrupos (coletivo atípico ou falso coletivo) deverão ter os mesmos parâmetros de proteção dos contratos individuais, diante da menor capacidade de negociação junto às operadoras e da manutenção de vulnerabilidades relacionadas à posição de consumidores.

A lei em seu artigo 16, inciso VII, diferencia os tipos ou regimes de contratação em individual ou familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão. Foi editada RN 557/2022 que em seus artigos 2º e seguintes regulamenta tais tipos de contratação¹.

Verifica-se que, para a distinção material das

¹ Art. 5º. §2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.
Art. 15. §1º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.
§2º A adesão do grupo familiar a que se refere o §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

contratações, é necessária a verificação do vínculo estabelecido entre os beneficiários e os contratantes. Consequentemente, um plano será coletivo se houver uma multiplicidade de beneficiários titulares de vínculos específicos (juridicamente qualificados) com o contratante.

É de se ressaltar que inclusão de beneficiários do grupo familiar geralmente se dá numa condição de dependência em relação ao beneficiário titular. A multiplicidade que caracteriza o tipo de contratação de planos coletivos, portanto, deve ser sempre verificada em relação aos beneficiários titulares de vínculos empregatícios, societários ou em razão da profissão, classe ou setor de atuação profissional com a contratante. Sem essa multiplicidade de beneficiários titulares desses vínculos qualificados, o contrato carece da natureza jurídica de coletivo.

Assim, havendo um único beneficiário titular das relações qualificadas, ainda que haja outros beneficiários de seu núcleo familiar por dependência, não estará caracterizado o tipo de contrato coletivo. Da mesma forma, a mera existência de múltiplos beneficiários, sem que seu vínculo com a contratante seja qualificado (quando, por exemplo, apesar de vínculo formal com a empresa contratante, na verdade, o vínculo que prevalece for o vínculo familiar entre os beneficiários), também não estará caracterizado o tipo de contrato coletivo.

Com efeito, em que pese ter sido formalmente contratado o plano de saúde na modalidade coletiva empresarial, vê-se que, na prática, os segurados acabam por figurar como beneficiários de plano individual/familiar, caracterizando-se a hipótese de "falso coletivo".

Nestes casos, ante a natureza jurídica de plano individual/familiar, dissimulada em contrato formalmente diverso, deve-se aplicar as normas jurídicas atinentes ao respectivo contrato material, em especial o artigo 13, incisos II e III da Lei 9.656/98 que estabelece a impossibilidade de os contratos individuais/familiares serem rescindidos unilateralmente, salvo as hipóteses de fraude e inadimplência de mensalidade, o que não ocorre no caso em tela.

Neste sentido tem sido o entendimento do STJ:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DESCARACTERIZAÇÃO. CONTRATO ATÍPICO. NÚMERO ÍNFINO DE PARTICIPANTES. ABUSIVIDADE DE REAJUSTES RECONHECIDA PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULAS 5 E 7/STJ. RESOLUÇÃO DA ANS. NORMATIVO QUE NÃO SE ENQUADRA NO CONCEITO DE LEI FEDERAL A ENSEJAR A INTERPOSIÇÃO DE RECURSO ESPECIAL. ACÓRDÃO RECORRIDO EM HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE SUPERIOR. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO.

1. Não é possível a interposição do recurso especial sob a alegação de violação a resolução da ANS, porquanto resoluções, portarias, circulares e demais atos normativos de hierarquia inferior a decreto não se enquadram no conceito de lei federal.

2. Tendo o acórdão recorrido decidido em consonância com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, incide na hipótese a Súmula n. 83/STJ, que abrange os recursos especiais interpostos com amparo nas alíneas a e/ou c do permissivo constitucional.

Precedentes.

3. A revisão das conclusões do acórdão estadual - acerca da abusividade dos reajustes realizados no plano de saúde do recorrido, bem como que o contrato sob análise configura falso coletivo - demandaria a interpretação de

cláusulas contratuais e o reexame do acervo fático-probatório dos autos, providências inviáveis no âmbito do recurso especial, ante os óbices dispostos nas Súmulas 5 e 7/STJ.

4. Razões recursais insuficientes para a revisão do julgado.

5. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp n. 2.060.050/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 19/6/2023, DJe de 21/6/2023.)

PROCESSUAL CIVIL. CONTRATOS. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COM 2 (DOIS) BENEFICIÁRIOS. CDC. REAJUSTE. ÍNDICE DA ANS. PLANO INDIVIDUAL E FAMILIAR ("FALSO COLETIVO"). REEXAME DE CONTEÚDO FÁTICO-PROBATÓRIO. INADMISSIBILIDADE. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. AUSÊNCIA DE OMISSÃO NO ACÓRDÃO RECORRIDO. DECISÃO MANTIDA.

1. Inexiste afronta ao art. 1.022 do CPC/2015 quando o acórdão recorrido pronuncia-se, de forma clara e suficiente, acerca das questões suscitadas nos autos, manifestando-se sobre todos os argumentos que, em tese, poderiam infirmar a conclusão adotada pelo Juízo.

2. A Corte de origem entendeu que o reajuste do plano de saúde não poderia ser baseado apenas nas taxas de sinistralidade, devendo ser limitado aos índices anuais da ANS, pois configurada a natureza individual do convênio ("falso coletivo").

3. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos ou nova interpretação de cláusulas contratuais (Súmulas n. 5 e 7 do STJ).

4. Para alterar o entendimento do Tribunal de origem e concluir que o contrato firmado entre as partes tinha natureza de plano efetivamente coletivo, seria necessário o reexame dos fatos e das provas, além da revisão de

cláusulas contratuais, o que é vedado em recurso especial.

5. Ademais, esta Corte Superior tem jurisprudência no sentido de que "é possível, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo ou empresarial, que possua número diminuto de participantes, como no caso, por apresentar natureza de contrato coletivo atípico, seja tratado como plano individual ou familiar" (AgInt no REsp n. 1.880.442/SP, Relator Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 2/5/2022, DJe de 6/5/2022).

6. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.085.003/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 15/8/2022, DJe de 18/8/2022.)

Este é o caso do contrato em tela, conforme comprovado nos autos. Diante do contrato coletivo que beneficia poucas vidas, aplicável analogicamente o regime das normas protetivas do contrato individual/familiar, com a incidência do reajuste estabelecido pela ANS.

Sobre a devolução dos valores pagos a maior, diante da abusividade declarada, em procedimento próprio, as partes poderão realizar os cálculos necessários para arbitrar a tutela específica da condenação.

Por fim, ainda sobre a devolução, a pretensão indenizatória decorrente da verificação de incorreção dos reajustes alcançará apenas aqueles ocorridos no triênio anterior ao ajuizamento da presente ação, observando-se a tese firmada no julgamento do Tema STJ nº 610.

Assim já decidiu essa C. Câmara:

APELAÇÃO CÍVEL. Plano de saúde. Ação cominatória. Reajustes por sinistralidade. Contrato coletivo por adesão. Embora possível o reajuste em valores acima daqueles

estipulados pela ANS para planos individuais, não houve indicação do parâmetro utilizado nesse sentido para a apólice da autora, nem mesmo qualquer comprovação de elevação dos preços de serviços médicos e hospitalares. Reajustes abusivos. Prescrição decenal para exercício da pretensão de revisão contratual reconhecida, limitada a devolução de quantias eventualmente cobradas a mais aos três anos antes da propositura da demanda. Prova pericial inconclusiva ante a não juntada de documentos necessários pela requerida. Honorários que devem ser fixados sobre o valor da causa ante a iliquidez da condenação. Sentença parcialmente reformada. Recurso provido em parte. (TJSP; Apelação Cível 1011647-73.2022.8.26.0011; Relator (a): Pastorelo Kfoury; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/09/2024; Data de Registro: 06/09/2024)

Ante o exposto, **dou provimento** ao recurso.

Deixo de majorar os honorários sucumbenciais, eis que o resultado não se insere na casuística do art. 85, §11, do Código de Processo Civil.

Finalmente, para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada a matéria, evitando-se a interposição de embargos de declaração com esta única e exclusiva finalidade, observando o pacífico entendimento do STJ de que desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS 18205/SP, Min. Felix Fischer, DJ de 08/05/2006). Àqueles manifestamente protelatórios aplicar-se-á a multa prevista no art. 1.026, §§ 2º e 3º, do CPC.

LIA PORTO
Relatora
Assinatura Digital