



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

Registro: 2025.0000499679

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1015092-13.2024.8.26.0114, da Comarca de Campinas, em que é apelante \_\_\_\_\_, é apelado \_\_\_\_\_.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram 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), JOSÉ RUBENS QUEIROZ GOMES E LUIZ ANTONIO COSTA.

São Paulo, 22 de maio de 2025.

**LIA PORTO**  
**Relator(a)**  
Assinatura Eletrônica

**Apelação Cível nº 1015092-13.2024.8.26.0114**

Relatora: **LIA PORTO**

Órgão Julgador: **7ª Câmara de Direito Privado**

Comarca: Campinas

Apelante(s): \_\_\_\_\_

Apelado(a)(s): \_\_\_\_\_

**Voto nº 9017**

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE ABUSIVO. FALSO COLETIVO. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

1. Apelação contra sentença que declarou a nulidade dos reajustes aplicados a plano de saúde, determinando a aplicação dos índices da ANS para planos familiares e a restituição das diferenças pagas.

II. Questão em Discussão

2. (i) Alegação de cerceamento de defesa por ausência de prova pericial; (ii) caracterização do plano de saúde como falso coletivo e aplicação dos reajustes da ANS.

III. Razões de Decidir

3. A preliminar de cerceamento de defesa é afastada, pois a prova pericial não influenciaria a conclusão sobre a natureza jurídica do contrato.

4. O contrato, embora formalmente coletivo, é caracterizado como falso coletivo, devendo seguir as normas de planos individuais/familiares, com aplicação dos reajustes da ANS.

5. A cláusula de reajuste é considerada abusiva por falta de transparência e potestatividade, violando princípios do Código de Defesa do Consumidor.

IV. Dispositivo e Tese

7. RECURSO DESPROVIDO.

Tese de julgamento: 1. A caracterização de plano de saúde como falso coletivo impõe a aplicação das normas de planos individuais/familiares. 2. Cláusulas de reajuste que não garantem transparência e equidade são abusivas e nulas.

Trata-se de apelação contra sentença de fls. 417/423 que julgou procedentes os pedidos da parte autora para declarar que o plano de saúde em questão se submete às normas dos planos familiares, bem como a nulidade dos reajustes aplicados desde janeiro de 2021 (fls. 44/47), restringindo-os aos índices estabelecidos pela agência reguladora (ANS) para os planos familiares e condenar a ré a restituir, de maneira simples, a diferença entre os valores desembolsados pela parte autora e o montante reajustado pelos índices da ANS aplicáveis ao respectivo período, devendo ser observado o limite fixado pelo decurso do prazo prescricional (3 anos).

Apela a parte ré sustentando, em síntese, o cerceamento de defesa em razão do não deferimento da prova pericial requerida. No mérito sustenta não se tratar de falso coletivo que, defende, trata-se



apenas dos casos em que não há vínculo entre beneficiário e pessoa jurídica contratante.

**É o relatório.**

Inicialmente deve ser afastada a preliminar de cerceamento de defesa. Isso porque o fundamento da sentença não possui relação com os fatos que se pretendia provar através de perícia. Vale dizer, a procedência do pedido não se deu porque os valores se mostraram atuarialmente ou economicamente indevidos, mas sim porque a relação jurídica entre as partes era tal que impõe a incidência de reajuste especificamente definido em lei.

A prova pretendida, portanto, não teria o condão de afetar a conclusão do juízo de primeiro grau.

**Passa-se à análise do mérito.**

A sentença deve ser confirmada pelos seus próprios e bem deduzidos fundamentos, os quais ficam inteiramente adotados como razão de decidir pelo não provimento do recurso, nos termos do art. 252 do Regimento Interno deste Egrégio Tribunal de Justiça.

Tal dispositivo estabelece que “nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la”, e tem sido amplamente utilizado por suas Câmaras, seja para evitar inútil repetição, seja para cumprir o princípio constitucional da razoável duração dos processos.

É entendimento prestigiado pelo C. Superior Tribunal de Justiça, que reconhece "a viabilidade de o órgão julgador adotar ou

ratificar o juízo de valor firmado na sentença, inclusive transcrevendo-a no acórdão, sem que tal medida encerre omissão ou ausência de fundamentação no *decisum*" (REsp nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rel. Min. João Otávio de Noronha, j. de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rel. Min. Castro Meira, j. de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rel. Min. Eliana Calmon, j. 17.12.2004 e REsp nº 265.534-DF, 4ª Turma, Rel. Min. Fernando Gonçalves, j de 1.12.2003).

### **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 a parte ré, operadora de plano de saúde, ocupa 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 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. 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.

O contrato em questão prevê as seguintes cláusulas de reajuste:

13.7 \_ Na hipótese de a população incluída no plano possuir de 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) BENEFICIÁRIOS, o reajuste anual será composto cumulativamente pelo Índice Financeiro descrito no item 13.8; caso os custos médicos ultrapassem 65% (sessenta e cinco por cento) da receita e se torne necessário reequilibrar a relação contratual, será incorporado ao contrato, cumulativamente, também o Índice Técnico, descrito no item 13.9.

(...)

13.9 \_ O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade do contrato, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do contrato, apuradas conforme descrito abaixo:

13.9.1 \_ O Índice Técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando-se as despesas assistenciais e as receitas diretas dos dois primeiros meses. Nas reavaliações subsequentes, o Índice Técnico será apurado considerando os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

13.10 \_ Se na data de início de vigência ou na data de aniversário do contrato a população incluída pela CONTRATANTE for inferior a 30 (trinta) BENEFICIÁRIOS, o reajuste anual será calculado em conformidade com as regras relativas a agrupamento de contratos a que se refere a Resolução Normativa 309 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Do documento de fls. 130/131 consta simplesmente que

$$S = \frac{DA}{CP} = \frac{67,94}{100} = 0,6794$$

Onde:

I = Sinistralidade

DA = Despesas Assistenciais

CP = Contraprestações pecuniárias

$$IT = \left( \frac{DA}{CP \times PE} - 1 \right) = \left( \frac{67,94}{0,65 \times 100} - 1 \right) = 0,452$$

Onde:

IT = Índice Técnico

DA = Despesas Assistenciais

PE = Ponto de Equilíbrio

CP = Contraprestações pecuniárias

Essa é uma cláusula verdadeiramente 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 (os valores correspondente às variáveis) 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, não há equidade na distribuição dos “riscos” já que não se admite reajuste negativo no caso em que os prêmios somem aproximadamente 154% do valor gasto nos sinistros.

A própria fórmula, ao estipular fator redutor do prêmio, implica em desequilíbrio contra o consumidor, de forma que, ainda que o prêmio pago tenha sido superior aos sinistros (com superávit da operadora) haverá, mesmo assim, reajuste positivo.

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. Se ela disser que é “tanto” é “tanto”, se ela disser que é “um tanto mais” será “um tanto mais”. Não há quem possa dizer o contrário, sem o devido acesso aos dados.

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 pudessesem 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 geralmente 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, segundamente 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.

O que pretende a Operadora é que acreditemos pura e simplesmente na sua palavra de que os dados estão corretos e são justos e adequados para todos. Isso abre margem para abusos o que invalida a cláusula que lhe dá suporte.

Além do já exposto, ainda que os dados fossem disponibilizados e verificáveis, ainda que estivessem de acordo com a realidade dos fatos, o que não acontece na prática, é necessário questionar-se a legalidade de tais reajustes.

As partes celebraram contrato coletivo de plano de saúde tendo como titular uma única pessoa com vínculo familiar.

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 contratação<sup>1</sup>.

Verifica-se que, para a distinção material das 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

---

<sup>1</sup> 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.

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, devese 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 ÍNFIMO 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 fáticoprobatório 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 2 vidas, todas da mesma família, aplicável analogicamente o regime das normas

protetivas do contrato individual/familiar, com a incidência do reajuste estabelecido pela ANS, de forma que não é necessário a realização da prova pericial.

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 r. sentença observou a prescrição trienal em relação aos valores a serem devolvidos.

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

Nos termos do artigo 85, §11º, do CPC, majoro os honorários recursais para 15% do valor atualizado da causa, ressalvadas as disposições sobre justiça gratuita eventualmente deferida nos autos.

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.



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

**LIA PORTO**  
**Relatora**  
Assinatura Digital