



Tribunal de Justiça do Estado da Bahia PODER JUDICIÁRIO SALVADOR 7ª VSJE DO CONSUMIDOR (MATUTINO) - PROJUDI

PADRE CASIMIRO QUIROGA, 2403, 3º ANDAR (FÓRUM IMBUÍ), IMBUÍ - SALVADOR ssa-7vsje-consumo@tjba.jus.br | **Funcionamento:** 07:00 às 13:00 - Tel.: (71) 3372 7354 **PROCESSO N.º: 0178036-75.2025.8.05.0001**

AUTORES:

RÉUS:

SENTENÇA

Vistos...

Ab initio, verifica-se que, a teor do que dispõem os arts. 2º e 3º CDC, bem assim como o art. 35-G da lei 9.656/98 é LPS, todos consagrados pela súmula 608 do STJ, a presente demanda trata de relação de consumo, o que torna competente este juízo para o julgamento da lide mediante aplicação dos preceitos afirmados neste diploma.

Cinge-se a questão de fundo, à análise da legalidade dos reajustes levados a efeito pela ré ao longo da relação contratual, surgindo, no entanto, como questão precedente a verificação da verdadeira modalidade (coletivo ou individual) do contrato, a fim de que seja estabelecido o regime jurídico que rege a avença e, assim, a regularidade da aplicação dos índices de reajustes da ANS para o contrato celebrado no caso concreto. Salienta-se, desde já, que da documentação apresentada pela própria autora no evento 01 se infere que se trata de reajuste anual, e não faixa etária.

É a breve síntese da demanda.

Decido.

Rejeito as alegações, suscitadas em contestação, que impedem a análise do mérito pois, nos termos do art. 488, do Código de Processo Civil, o juiz pode resolver o mérito sempre que a decisão for favorável à parte a quem aproveitaria eventual pronunciamento sem resolução do mérito.

Passo a análise do mérito.

I É ESCORÇO ACERCA DAS MODALIDADES DOS PLANOS DE SAÚDE E DISTINÇÕES NECESSÁRIAS

Com o advento da Lei 9.656/98 passaram a coexistir no ordenamento jurídico brasileiro diversas modalidades de contratação de planos de saúde, cada qual com distintos regimes jurídicos.

São partes em um contrato de plano de saúde, a **(i) operadora do plano** (definida no inciso I do art. 1º da LPS) e **(ii) o beneficiário** (o consumidor que vai utilizar os serviços medicohospitalares), mas também podem integrar o contrato é não em todos os casos e somados às outras duas já anunciadas é **(iii) uma administradora de benefício** (cuja definição e atribuições são regidas pela resolução 196/2009 da ANS) e **(iv) um estipulante**.

Hodiernamente, os planos de saúde podem ser contratados de forma (i) **individual** ou familiar, diretamente entre o consumidor (beneficiário) e a operadora do plano, ou de forma coletiva, através de contratos (ii) **coletivos empresariais** ou contratos (iii) **coletivos por adesão**.

(i) Planos individuais:

Trata-se de classificação adotada pela própria LPS, senão vejamos:

LEI 9.656/98 - LPS

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:

VII - o regime, ou tipo de contratação:

- a) **individual** ou familiar;
- b) coletivo **empresarial**;
- c) coletivo **por adesão**;

Na primeira hipótese, planos individuais ou familiares (que são tratados pela legislação como uma mesma modalidade de contrato e, portanto, sujeitos ao mesmo regime jurídico), o **beneficiário contrata diretamente** com uma **operadora** um plano, podendo, para tanto, valer-se de intermediação de alguma **administradora de benefícios**. A despeito dessa possibilidade, mantém-se firme o traço marcante desta modalidade contratual que é a **contratação direta e individual** (ou no âmbito de sua família) **pelo consumidor**.

Os planos individuais também podem ser subdivididos em planos celebrados antes da vigência da Lei de Plano de Saúde - LPS (Lei 9.656/98), que são usualmente denominados de **planos antigos**; ou então em planos celebrados **após a vigência** do referido diploma. Dentre os planos antigos, também é comum a subclassificação em planos **adaptados e não adaptados**.

À exceção dos **não adaptados**, os planos individuais são regulamentados de maneira uniforme em todo o território nacional, de modo que, observados os limites de abrangência, um mesmo plano pode ser contratado por diversas pessoas sem qualquer relação entre si, mas ainda assim estarão sujeitos à uma mesma regulamentação, em especial a sua forma de reajuste.

(ii) planos coletivos

De modo diverso, os planos contratados em regime coletivos são marcados, em primeiro momento, pela indispensável **intermediação** de uma pessoa jurídica, denominada de **estipulante**, que agrega uma coletividade de pessoas que passarão a integrar um plano na condição de **beneficiários**.

Para além das seletas normas da LPS, os planos coletivos estão sujeitos às normas da Resolução 195/2009 da ANS, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, além de outras providências.

(ii.1) empresariais

Nos termos do art. 5º da Resolução 195/2009 da ANS, quando a coletividade for constituída em razão de **vínculo empregatício** ou estatutário entre o estipulante (empregador) e os beneficiários (empregados), tem-se por configurado o contrato **coletivo empresarial**. Senão vejamos:

Resolução 195/2009 ANS

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde **coletivo empresarial** é aquele que oferece cobertura da **atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária**.

§1º O vínculo à pessoa jurídica contratante **poderá abranger ainda**, desde que previsto contratualmente:

- I - **os sócios** da pessoa jurídica contratante;
- II - **os administradores** da pessoa jurídica contratante;
- III - **os demitidos ou aposentados** que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da [Lei nº 9.656](#), de 1998;
- IV é **os agentes políticos**;
- V é **os trabalhadores** temporários;
- VI é **os estagiários e menores aprendizes**; e
- VII - **o grupo familiar** até o terceiro grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

(ii.2) Coletivos por adesão

Por outro lado, quando a coletividade de beneficiários não for vinculada à relação empregatícia ou estatutária, mas por pessoas que mantenham um vínculo de caráter profissional, classista ou setorial com a pessoa jurídica contratante (estipulante), fica caracterizado o **plano coletivo por adesão**. As pessoas jurídicas que podem contratar o plano por adesão estão definidas no art. 9º da Resolução 195/2009 da ANS, que dispõe da seguinte forma:

Resolução 195/2009 ANS

Art 9º **Plano** privado de assistência à saúde **coletivo por adesão** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha **vínculo** com as seguintes **pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial**:

- I é **conselhos** profissionais e entidades **de classe**, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II é **sindicatos**, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III é **associações profissionais** legalmente constituídas;
- IV - **cooperativas** que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - **caixas de assistência e fundações** de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - **entidades** previstas na [Lei no 7.395](#), de 31 de outubro de 1985, e na [Lei no 7.398](#), de 4 de novembro de 1985; e

§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 consangüíneo**, até o segundo grau de parentesco por afinidade, **cônjuge ou companheiro**.

Em apertada síntese, a definição da modalidade de contratação do plano de saúde deve ser aferida com arrimo nos arts. 5º e 9º da resolução nº 195/2009 da ANS. Afora estas hipóteses taxativas, o plano deve ser considerado individual.

A ressaltar essa óptica, a própria evolução normativa deu ensejo a resolução 206/2011 da ANS, editada para revogar o inciso VII do art. 9º da resolução 195, que dava indesejada margem de interpretação.

II É REGIME JURÍDICO DAS MODALIDADES DE PLANO

a) Panorama normativo

Na esteira das premissas adrede fixadas, cada uma destas 03 modalidades de planos de saúde possui regramentos próprios que formam diferentes regimes jurídicos. A própria LPS restringe o alcance e aplicação de determinados artigos à apenas uma das modalidades contratual, a exemplo do que ocorre com o parágrafo único do artigo 13 da lei, que restringe a norma de rescisão de contratual nele prevista aos planos individuais.

Salvo raras exceções, as restrições dispostas na LPS destinam-se aos contratos individuais, o que acaba por ensejar diversas lacunas normativas acerca dos contratos coletivos.

Tais lacunas, entretanto, não resultam de inadvertida atecnia do legislador, mas de eloquente silêncio que evidencia uma **clara opção legislativa**: partindo da premissa de que por não haver, a priori, uma disparidade entre as partes no contrato coletivo é já que a pessoa jurídica contratante, em tese, dispõe de poder de barganha -, **a intervenção do Estado nos contratos de natureza coletiva deve ser muito menor do que nos de natureza individual**. Trata-se de importante premissa, da qual não se pode olvidar, sobretudo para orientar as possíveis interpretações jurídicas em hard cases.

Também na esteira desta mesma premissa, ao lado daquela importante norma do art. 13 (sobre a rescisão contratual), o legislador também criou outra preciosa **regra de aplicação exclusiva aos planos individuais**, qual seja: a imposição de limite percentual dos reajustes anuais sobre as contraprestações paga pelo consumidor, isto é, a **fixação, pela ANS, de teto percentual aplicável aos reajustes anuais**, impedindo a operadora de aplicar reajuste acima do percentual estabelecido.

Portanto, a contrario sensu, tem-se que, à míngua de previsão normativa, **os planos coletivos não estão sujeitos** aos limites fixados pela ANS a título de **reajuste anual** e, em tese, quando vigentes a mais de 12 meses, **não dependem de aquiescência** dos estipulantes e beneficiários **para o seu cancelamento**.

Em razão das incipientes lacunas deixadas pela LPS, bem assim como diante da velocidade que determinadas intervenções estatais demandam para adequação das normas à dinâmica social, **o regime jurídico dos planos de saúde é extraído** a partir do cotejo entre as disposições **da LPS** e diversas outras **disposições normativas editadas pela ANS**.

No que concerne o presente caso, exsurgem com maior relevância as **resoluções 195, que regulamenta a contratação dos planos coletivos** (empresariais e por adesão), **e 196, que dispõe sobre as administradoras de benefícios** e também estabelece regras acerca da contratação dos planos de saúde.

A fim de estabelecer os limites evitar o desvio da finalidade dos contratos coletivos, a resolução 195/2009 da ANS elencou taxativamente em seus artigos 5º e 9º as pessoas jurídicas que estão legitimadas a contratar, na condição de estipulante, planos de saúde coletivos.

O cuidado com o qual a ANS elencou, pormenorizadamente, as pessoas jurídicas autorizadas a firmar contratos coletivos com as operadoras é fato que, por si só, já evidencia o animus da agência reguladora para elidir a contratação de planos coletivos de *“fachada”*.

No entanto, sepultando qualquer dúvida sobre acerca do caráter restritivo do rol de pessoas legitimadas, a resolução normativa ainda dispõe que:

Resolução 195/2009 ANS

Art. 9º(...)

§3º Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput e a **condição de elegibilidade do beneficiário**.

§4º Na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário.º

Art. 23 As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

I é diretamente com a operadora; ou I

I é com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4o da RN nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas;

III é com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

Também a resolução 196 da ANS:

Resolução 196/2009 ANS

Art. 4º A Administradora de Benefícios poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico.

Parágrafo único. Caberá à Operadora de Planos de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5o e 9º da [RN nº 195](#), de 14 de julho de 2009 **e da condição de elegibilidade do beneficiário.**

Art. 5º A Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

§2º Caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5o e 9º da [RN nº 195](#), de 14 de julho de 2009 **e da condição de elegibilidade do beneficiário.**

Assim, as operadoras de planos de saúde e das administradoras de benefícios, quando for o caso, não só estão proibidas de celebrar contratos com pessoas estranhas ao rol de legitimados dos art. 5º e 9º, como também estão obrigadas a adotar medidas para coibir a prática, sob pena de, sem prejuízo da responsabilização administrativa, ser o contrato equiparado aos contratos individuais:

Resolução 195/2009 ANS

Art. 32 O ingresso de novos **beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 9º** desta resolução **constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.**

b) Exame do caso concreto à luz das premissas fixadas.

Na espécie, verifica-se que o contrato do plano de saúde da autora, a beneficiária do plano, o contrato do plano de saúde é formado pela operadora, e pela administradora de benefício, contrato que se amolda à hipótese do art. 9º, III da resolução 195 da ANS, o que, à míngua de quaisquer

provas em sentido contrário, configura a legítima hipótese de Plano Coletivo por Adesão, conforme documentos de defesa.

Com efeito, cuidando a hipótese dos autos de **plano de saúde coletivo por adesão**, o reajuste anual deve ser aplicado visando manter o equilíbrio financeiro do contrato, viabilizando a manutenção da prestação dos serviços contratados **a todos os usuários.**

Conforme documentos dos autos, restou demonstrada pela parte Demandada a aplicação dos reajustes no contrato referente à mensalidade de acordo com o contratado e as normas correlatas ao caso, sendo vasta a documentação de defesa.

Gizo que uma das principais características desta modalidade de plano de saúde é a ampla representatividade do consumidor por uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, cujo o escopo, na relação contratual com o plano de saúde, é o de buscar o **melhor interesse de toda a coletividade** e ou pessoas com quem mantém o vínculo de representatividade, de modo que os reajustes anuais são aplicados através de negociações entre a operadora e a entidade de classe que, repito, o faz mediante análise do melhor interesse de seus representados.

c) Da impossibilidade de aplicação do reajuste estabelecidos pela ANS para os planos de saúde individuais e familiares aos contratos coletivos e base atuarial inidônea.

Esclareço, de logo, que **o que ora se examina diz respeito somente à aplicabilidade dos índices autorizados pela ANS aos planos coletivos**, situação que não se confunde com o controle do percentual efetivamente praticado com base em outro fundamento jurídico, tampouco autoriza a prática de reajustes aleatórios pelas operadoras de planos de saúde. Portanto, em tese, não estaria a parte autora impossibilitada de pleitear o controle de legalidade do reajuste, desde que sob outro respaldo jurídico, em ação própria.

Por outro lado, é cediço que à luz da sistemática dos precedentes obrigatórios estabelecidos pelo CPC, incumbe aos juízes e tribunais a observância aos acórdãos em incidente de assunção de competência ou de resolução de demandas repetitivas e em julgamento de recursos extraordinário e especial repetitivos, sob pena de a sentença que deixe de seguir enunciado, súmula ou precedente invocado pela parte, seja considerada como não fundamentada, senão vejamos:

Art. 489. São elementos essenciais da sentença:

§ 1º Não se considera fundamentada qualquer decisão judicial, seja ela interlocutória, sentença ou acórdão, que:

VI - deixar de seguir enunciado de súmula, jurisprudência ou precedente invocado pela parte, sem demonstrar a existência de distinção no caso em julgamento ou a superação do entendimento.

Art. 927. Os juízes e os tribunais observarão:

III - os acórdãos em incidente de assunção de competência ou de resolução de demandas repetitivas e em julgamento de recursos extraordinário e especial repetitivos;

Art. 928. Para os fins deste Código, considera-se julgamento de casos repetitivos a decisão proferida em:

I - incidente de resolução de demandas repetitivas;

II - recursos especial e extraordinário repetitivos.

Parágrafo único. O julgamento de casos repetitivos tem por objeto questão de direito material ou processual.

Nesta senda, incumbe ao magistrado ao debruçar-se sobre demanda judicial, o dever de

respeito às decisões prolatadas por órgãos com graus de jurisdição superiores.

Feitos estes esclarecimentos, volto a atenção ao que se decide.

Conforme apontado linhas atrás, os planos de saúde coletivos e individuais possuem distintos regramentos legais e, nesta senda, demandam a aplicação de normas jurídicas criadas especificamente para cada uma destas modalidades, sob pena de rompimento do equilíbrio econômico-financeiro do contrato (em prejuízo de toda a coletividade beneficiada pelo plano) e, sob uma perspectiva mais extrema, o do próprio sistema de saúde complementar, na medida em que o sistemático desequilíbrio econômico-financeiro dos contratos coletivos inviabilizaria a subsistência da modalidade contratual.

Deste modo, **a transmutação dos reajustes praticados no contrato coletivo para aqueles adotados pela ANS para os individuais somente deve ocorrer quando reconhecida a ilegalidade do negócio por simulação**, cujo reconhecimento deve ensejar a declaração de nulidade do negócio simulado e, se válido na forma e substância, conversão para o dissimulado, com aplicação das normas que lhes são próprias, **conforme disposto no art. 167 do Código Civil e 51, §2º do CDC**.

A mera insurgência do consumidor, beneficiário de plano coletivo, quanto aos reajustes adotados pela operadora somente deve implicar (acaso comprovada a abusividade) a revisão do percentual adotado e não na indiscriminada conversão do contrato coletivo em individual.

A razão ser é simples: **a base atuarial dos planos individuais diverge, em muito, da dos planos coletivos, exsurindo como inidônea a tentativa de convalidação de seus percentuais**.

Não é que se esteja a imputar ao consumidor o excessivo ônus de comprovar a irregularidade do reajuste aplicado. O que se alberga, isto sim, é que, **na esteira da remansosa orientação jurisprudencial do STJ**, não pode o juiz se arvorar a **substituir um reajuste sem qualquer supedâneo técnico**, aleatoriamente, sob pena de violar os princípios da legalidade, contraditório, ampla defesa e da segurança jurídica, preceitos tão caros à democracia e assegurados pela Constituição da República de 1988.

Em não havendo irregularidade na contratação (isto é, não constatada a existência de falso coletivo), a simples convalidação dos reajustes praticados para os percentuais fixados pela ANS para os planos individuais nada mais é do que a adoção de percentual aleatório, porquanto distintas as bases atuariais de cada uma destas modalidades de contrato.

Trata-se de **entendimento pacífico, consolidado na jurisprudência do STJ**. Confira-se, exempli gratia, recentes casos **julgados de forma unânime tanto pela Terceira quanto pela Quarta Turma do STJ**:

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RAZÕES QUE NÃO ENFRENTAM O FUNDAMENTO DA DECISÃO AGRAVADA. **PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE ANUAL. SINISTRALIDADE. LIMITAÇÃO AOS ÍNDICES DA ANS. IMPOSSIBILIDADE**. PRECEDENTES. 1. As razões do agravo interno não enfrentam adequadamente o fundamento da decisão agravada. 2. É "possível o reajuste de contratos de saúde coletivos sempre que a mensalidade do seguro ficar cara ou se tornar inviável para os padrões da empresa contratante, seja por variação de custos ou por aumento de sinistralidade" (AgRg nos EDcl no AREsp 235.553/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 2/6/2015, DJe de 10/6/2015). 3. **O Superior Tribunal de Justiça possui orientação no sentido de que, no plano coletivo, o reajuste anual é apenas acompanhado pela ANS, para fins de monitoramento da evolução dos preços e de prevenção de abusos, não havendo que se falar, portanto, em aplicação dos índices previstos aos planos individuais**. Precedentes. 4. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp 1155520/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 07/02/2019, DJe 15/02/2019) é grifo nosso

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SAÚDE SUPLEMENTAR. SEGURO SAÚDE. CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO. REAJUSTE ANUAL E AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA. **DESCABIMENTO DA LIMITAÇÃO DO REAJUSTE ANUAL AOS ÍNDICES ESTABELECIDOS PELA ANS.** AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA. SUJEIÇÃO À PROPORCIONALIDADE ESTABELECIDA NA RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS 63/2003.

1. Controvérsia em torno da validade de reajustes anuais e aumento por faixa etária em contrato de plano de saúde coletivo por adesão. 2. **Descabimento da limitação dos reajustes aos índices autorizados pela ANS, pois essa autarquia reguladora não controla o percentual de reajuste de planos coletivos de saúde.** 3. Invalidez dos aumentos por mudança de faixa etária estabelecidos por contrato, em desconformidade com a proporção estabelecida na Resolução Normativa ANS 63/2003. 4. Redução do percentual de aumento por faixa etária até o limite da proporcionalidade estabelecida na Resolução Normativa ANS 63/2003. 5. Aplicabilidade do Tema 952/STJ, por analogia, ao caso dos contratos coletivos. 6. Prescrição trienal da pretensão de repetição do indébito (Tema 610/STJ). 7. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO (Processo REsp 1729320/SP, 2018/0056397-5, Relator(a) Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO (1144) Órgão Julgador T3 - TERCEIRA TURMA, Data do Julgamento 19/06/2018, Data da Publicação/Fonte, DJe 09/08/2018) é g.n.

Havendo indiscutível autorização legislativa para a adoção de diferentes regimes de reajustes para as diversas modalidades de plano, inexistente substrato jurídico que ampare in continenti a pretensão de equiparação dos reajustes aos aplicados nos contratos individuais e familiares.

Reafirmo, outrossim, que a conclusão a que se chega é a de que não é possível aplicar os reajustes fixados pela ANS para os planos individuais para os planos coletivos (salvo a já mencionada hipótese de reconhecimento de fraude na contratação), situação que não se confunde, tampouco é refratária, com a da possibilidade do controle de legalidade do reajuste.

III - DA CONCLUSÃO

Em vista das exaustivas razões, constatada a natureza coletiva do plano da parte autora, revela-se completamente inviável a sua pretensão de submeter o seu contrato aos reajustes fixados pela ANS para os planos individuais e familiares, ficando prejudicados todos os demais pedidos que orbitam em torno da referida pretensão.

Isso porque, em face de tudo quanto o exposto, uma vez declarada a ausência de cabimento da revisão do contrato objeto da lide nos moldes pleiteados pela parte Autora não há que se falar devolução de qualquer valor por ela desembolsado/danos morais, sendo pedidos decorrentes/inerentes da pretensão revisional requerida na lide que restou rejeitada, conforme fundamentação supra, afastadas as alegações de aumento abusivo/imposição de revisão dos reajustes aplicados.

Ex positis, **JULGO IMPROCEDENTES** os pedidos formulados na inicial, extinguindo o processo com resolução de mérito nos termos do art. 487, I do CPC.

Em havendo embargos de declaração, as partes ficam, desde já, cientes de que "quando manifestamente protelatórios os embargos de declaração, o juiz ou o tribunal, em decisão fundamentada, condenará o embargante a pagar ao embargado multa não excedente a dois por cento sobre o valor atualizado da causa", nos termos do § 2º, art. 1.026, CPC.

Havendo recurso tempestivo e acompanhado das custas devidas, independentemente de intimação (art. 42, § 2º, da Lei nº 9.099/95), recebo-o, desde já, no efeito devolutivo, intimando-se a outra parte para contrarrazões, no prazo de 10 (dez) dias. Após, remetam-se à Turma Recursal.

Em havendo requerimento de gratuidade, voltem-me conclusos para analisar se é hipótese de concessão, por fazer a parte recorrente jus ao benefício, ressaltando que o seu deferimento fica condicionado à apresentação de documentos que comprovem a insuficiência de recursos

(contracheque, declaração de IR, dentro outros), os quais devem acompanhar a petição de recurso. Após, havendo recebimento e decorridos todos os prazos, intime-se a parte adversa para apresentar contrarrazões.

Após o trânsito em julgado, em havendo requerimento para execução de eventuais créditos, deverá o(a) exequente instruir o seu requerimento com demonstrativo discriminado e atualizado do crédito, na forma do art. 524 c/c 604 caput do CPC, sobretudo se estiver acompanhado de advogado.

Sem custas e honorários, na forma do art. 55, da Lei 9.099/95. P.R.I.

Com o trânsito em julgado, arquivem-se os autos.

RILTON GOES RIBEIRO

Juiz de Direito

Documento Assinado Eletronicamente