



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

7ª Câmara Cível Especializada - Recife

- F:(
)

Processo nº **0074917-16.2024.8.17.2001**

APELANTE: _____, _____, _____, _____, _____, _____

APELADO(A): _____, _____, _____, _____, _____, _____

INTEIRO TEOR

Relator:

VIRGINIO M. CARNEIRO LEAO

Relatório:



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão



7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÕES (06) Nº 0074917-16.2024.8.17.2001

APELANTES: _____, _____, _____, _____,
_____, _____

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

RELATÓRIO

Trata-se de apelações interpostas contra sentença proferida pelo Juízo da Seção B da 31ª Vara Cível da Capital, em sede de ação revisional de contrato cumulada com pedido de repetição de indébito, cujo relatório fica incorporado e que tem esta parte dispositiva: *"Diante de tudo que foi exposto, JULGO PROCEDENTE em parte, com base no art. 487, I do ncpc, o pedido introdutório para condenar a parte Ré a promover todas as providências necessárias a alteração do vínculo, dando continuidade à prestação dos serviços de assistência à saúde, através de novo plano individual/familiar, aproveitando o prazo de carência já contado durante o plano empresarial. Condeno a ré a restituir de forma simples os valores pagos a maior, acrescidos de correção monetária pela tabela do ENCOGE, desde os desembolsos, e juros de mora de 1% ao mês a contar da citação, observada a prescrição trienal (Tema Repetitivo nº 610/STJ). Condeno a acionada ao pagamento das custas e honorários advocatícios que arbitro em 20% sobre o valor da causa, art. 85 §2º NCPC."* (id 47716982)

Em suas razões recursais (id 47716988), a Operadora de saúde, em suma, alega, preliminarmente, nulidade da sentença por cerceamento de defesa, diante da não produção de prova pericial atuarial requerida, essencial à demonstração da legalidade dos reajustes aplicados. Sustenta ainda a impossibilidade jurídica do pedido, alegando que não comercializa planos individuais/familiares e que o contrato firmado é legítimo, sendo um plano coletivo empresarial regido pelas normas da ANS. Requer, assim, a reforma da sentença para que sejam julgados improcedentes os pedidos formulados pelos Segurados ou, subsidiariamente, a anulação da sentença para reabertura da instrução probatória.

Preparo devidamente realizado (id 47716989).



Por sua vez, em suas razões recursais (id 47716988), os Segurados, em suma, pugnam pela reforma da sentença, sob o argumento de apesar da conversão determinada pelo juízo origem, tratando-se de plano "falso coletivo", deveriam ser aplicados os reajustes regulados pela ANS desde a contratação, com restituição dos valores pagos a maior. Requerem, assim, a equiparação ao plano familiar desde a origem, bem como a substituição dos reajustes praticados e a devolução dos valores pagos a maior.

Preparo comprovado (id 47716989).

Ambas as partes apresentaram contrarrazões (ids 47716999 e 47716998), pugnando pelo desprovimento do recurso da parte adversa.

É O RELATÓRIO NO ESSENCIAL.

Inclua-se em pauta.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator

Voto vencedor:



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco



7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÕES (06) Nº 0074917-16.2024.8.17.2001

APELANTES: _____, _____, _____, _____,
_____, _____

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

VOTO

DO CERCEAMENTO DO DIREITO DE DEFESA

A Operadora de saúde suscitou preliminar de cerceamento de direito de defesa, sob o fundamento de que, apesar do seu requerimento de produção de prova pericial atuarial, por meio da qual pretendia demonstrar a regularidade dos reajustes, o juízo de origem proferiu julgamento antecipado do mérito.

Todavia, no caso concreto, como assinalado pelo magistrado *a quo*, a matéria controvertida é de direito, não havendo necessidade da produção de outras provas, o que autoriza, nos termos do art. 355, I, do CPC, o julgamento antecipado do mérito.

Nesse sentido, o fundamento deduzido pelos Segurados para requererem a aplicação do regimento jurídico dos planos individuais/familiares ao contrato ao qual estão vinculados é a quantidade ínfima de beneficiários, todos integrantes da mesma família, fato que pode ser demonstrado por meio de prova documental, cuja oportunidade de produção, nos termos do art. 434, do CPC, dá-se com a apresentação da petição inicial e da contestação.

Por essas razões, **REJEITO** a preliminar de cerceamento do direito de defesa.

DA IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO



Também não merece amparo o requerimento de extinção do processo por impossibilidade jurídica do pedido, como formulado pela Operadora de saúde, sob o fundamento de que não mais comercializa planos individuais.

Nesse sentido, não bastasse a inadequação técnica da referência a requisito processual que encontrava previsão do Código de Processo Civil de 1973, mas que não foi reproduzido na legislação processual em vigor, vide a redação do art. 485, VI, do CPC, observa-se a desatenção da Operadora de saúde ao pedido principal formulado pela parte adversa de equiparação do seu contrato àqueles de natureza individual/familiar, mediante aplicação do regime jurídico próprio, havendo inclusive apresentado apelo próprio com esse específico fim.

Assim, **REJEITO** também o pedido de extinção do processo por impossibilidade jurídica do pedido.

MÉRITO

No mais, preenchidos os requisitos de admissibilidade, passo ao exame das alegações de mérito das Recorrentes.

O cerne dos recursos diz respeito à caracterização do contrato de plano de saúde empresarial firmado entre as partes como um “falso coletivo”, requerendo-se, em razão disso, a aplicação dos percentuais de reajuste autorizados para planos individuais/familiares e a repetição dos valores pagos a maior.

Apenas a pretensão dos Segurados de reforma da sentença impugnada reúne condições de êxito.

Nesse sentido, de acordo com o art. 16, VII, da Lei 9.656/98, os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes distintos: individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.

Conforme art. 3º da RN nº 557/2022 da ANS, “*plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar*” .

O plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, por sua vez, é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo abranger, ainda, desde que previsto contratualmente, os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, os demitidos ou aposentados, os agentes políticos, os trabalhadores temporários, os estagiários e menores aprendizes, bem como os respectivos grupos familiares até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro (art. 5º, §1º incisos I a VII, da RN nº 557/2022 da ANS).



Para além disso, os planos coletivos empresariais se subdividem naqueles com mais de trinta beneficiários – que não estão sujeitos à carência e ao limite de reajuste estabelecido pela ANS - e nos que possuem até 29 vidas seguradas, que possuem características híbridas, por ostentarem muitas vezes comportamento similar aos planos familiares/individuais, como reconhecido pela RN nº 309/2012 da ANS.

No caso em apreço, é incontroverso que as partes celebraram contrato para a constituição de plano de saúde empresarial. Não obstante, a contratação se dá em favor de poucos beneficiários pertencentes a mesma família, quais sejam, mãe, dois filhos e uma nora.

Nessas circunstâncias, não se alcança o objetivo da norma que regulamenta os contratos coletivos, haja vista a ausência do elemento essencial de uma população significativa de beneficiários.

Ademais, inexistiu efetiva negociação paritária do reajuste, impondo-se unilateralmente à parte consumidora os índices aplicados pela operadora.

O Superior Tribunal de Justiça firmou o entendimento de que, em hipóteses como a presente, o contrato de plano de saúde coletivo empresarial que conte com número ínfimo de beneficiários configura contrato coletivo atípico, devendo ser reconhecida sua natureza análoga a de plano individual ou familiar, aplicando-se a eles as regras correspondentes.

A propósito, destaca-se o seguinte precedente:

“AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DESCARACTERIZAÇÃO. CONTRATO ATÍPICO. NÚMERO ÍNFIMO DE PARTICIPANTES. REINTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E REEXAME DE FÁTOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83 DO STJ.

1. O Tribunal de origem concluiu que não ficou evidenciado o vínculo associativo, classista ou empresarial necessário à caracterização do contrato coletivo de plano de saúde, considerando, sobretudo, que os beneficiários são pessoas integrantes da mesma família, não havendo elementos nos autos que indique estarem elas vinculadas à empresa contratante, razão pela qual entendeu que se trata de "falso" contrato coletivo.

2. A desconstituição de tais premissas demandaria, inevitavelmente, reinterpretação de cláusulas contratuais e reexame de matéria fático probatória, o que não se admite em recurso especial, ante os óbices das Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.

3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça admite, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde



coletivo ou empresarial, que possua número ínfimo de participantes, como no caso - apenas três beneficiários -, por apresentar natureza de contrato coletivo atípico, seja tratado como plano individual ou familiar, aplicando-se-lhe as normas do Código de Defesa do Consumidor. Precedentes.

4. "Não se conhece do recurso especial pela divergência, quando a orientação do tribunal se firmou no mesmo sentido da decisão recorrida" (Súmula 83/STJ). 5. Agravo interno a que se nega provimento" (AgInt no REsp n. 1.876.451/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 1/3/2021, DJe de 4/3/2021, grifos nossos).

Esse também é o entendimento desta 7ª Câmara cível especializada do e. TJPE:

“EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. CONTRATO COLETIVO DE SEGURO SAÚDE. ÚNICO NÚCLEO FAMILIAR. “FALSO COLETIVO”. EQUIPARAÇÃO A PLANO INDIVIDUAL. PRECEDENTES STJ E TJPE. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. AFASTAMENTO. REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS. ÍNDICES ANUAIS AUTORIZADOS PELA ANS PARA PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES. RECURSO A QUE SE DA PROVIMENTO. AGRAVO INTERNO PREJUDICADO. 1. Os demandantes são beneficiários do plano de saúde coletivo, possuindo, portanto, legitimidade ativa para discutir quaisquer cláusulas contratuais que afetem seus direitos. 2. Não há que se falar em prescrição da pretensão de revisão, mas tão somente dos valores pagos a maior anteriores ao triênio que antecedeu o ajuizamento da ação. 3. O plano de saúde que prevê cobertura para apenas 07 (sete) vidas, integrantes do mesmo núcleo familiar, ainda que esteja travestido de contrato coletivo empresarial, assemelha-se em tudo a um contrato individual/familiar ou a um “falso coletivo”, de modo que se aplicam a ele as normas aplicáveis aos planos individuais quanto aos percentuais de reajuste. Precedentes STJ e TJPE. 4. Tratando-se de um contrato “falso coletivo” devem ser afastados os reajustes por sinistralidade e os anuais aplicados e incidir apenas os índices anuais autorizados pela ANS para os planos individuais/familiares. 5. Recurso que se da provimento. Prejudicado o Agravo Interno. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos estes autos, ACORDAM os Excelentíssimos Senhores Desembargadores integrantes da Sétima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, à unanimidade de votos, DAR PROVIMENTO ao recurso interposto e, julgar PREJUDICADO o agravo interno, conforme relatório e votos em anexo, devidamente revistos e rubricados, que passam a integrar este julgado.” (TJ-PE, Agravo de Instrumento 005560424.2024.8.17.9000, Rel. Desa. Valéria Bezerra Pereira Wanderley, 7ª Câmara Cível Especializada, j. 01/04/2025).

À luz desses precedentes, impõe-se reconhecer que o contrato em exame deve ser equiparado aos planos individuais, incidindo as regras legais indicadas a esta modalidade desde a origem no tocante aos reajustes anuais, com a consequente



devolução dos valores pagos indevidamente, observada a prescrição trienal (art. 206, §3º, IV, do CC), conforme requerido na inicial.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao apelo da Operadora de saúde, ao passo que **DOU PROVIMENTO** à apelação dos Segurados para equiparar o contrato celebrado entre as partes àqueles de natureza individual/familiar desde a origem, devendo incidir as regras legais aplicáveis a esta modalidade no tocante aos reajustes anuais; determinar a substituição dos reajustes anuais aplicados pela Operadora de saúde ao contrato pelos índices autorizados pela ANS para os individuais/familiares, procedendo-se ao recálculo do valor das mensalidades; condenar a Operadora de saúde à repetição dos valores pagos a maior, inclusive no curso do processo, devendo ser observada a prescrição trienal, contada do ajuizamento do feito, tudo a ser apurado em fase de liquidação, com correção monetária desde os desembolsos e juros de mora a partir da citação.

Correção monetária pela tabela ENCOGE e juros de mora de 1% ao mês até a vigência da lei 14.905/2024. A partir de então, correção pelo IPCA (art. 389, parágrafo único, do CC) e juros pela diferença entre a SELIC e o IPCA (art. 406, §1º, do CC).

CONDENO a Operadora de saúde ao pagamento das custas processuais e taxas judiciárias, além de honorários advocatícios, que arbitro em 12% sobre o valor da condenação, conforme art. 85, §2º, do CPC.

É COMO VOTO.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator

Demais votos:

VOTO DE DIVERGÊNCIA PARCIAL

Divirjo parcialmente do eminente relator pelas razões que passo a expor.

A principal questão a ser dirimida consiste em analisar se o contrato de plano de saúde coletivo empresarial celebrado entre as partes litigantes é válido da forma como foi firmado, à luz das leis



e normas do setor que regem a matéria, ou se é um plano de saúde denominado “falso coletivo”, por burlar ditas regras, alterando a sua natureza jurídica.

A Lei n. 9.656/1998, em seu art. 16, II, estabelece três regimes diferentes de contratação de plano privado de assistência à saúde: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial ou c) coletivo por adesão.

Nos termos do artigo 5º da Resolução Normativa n. 195 da ANS, “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”. O §1º do referido artigo estende essa regra, autorizando a inclusão de outros grupos de pessoas, como sócios, administradores e familiares, desde que previsto contratualmente. Entretanto, tal extensão de cobertura tem como pressuposto indispensável a existência de empregados ou estatutários vinculados à empresa contratante. É a interpretação que se extrai da leitura do *caput* do artigo 5º acima citado e do seu § 1º, onde a ANS amplia o rol de beneficiários e estabelece que “o vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente,” as pessoas ali relacionadas.

Na hipótese dos autos, o contrato celebrado entre as partes foi firmado em benefício exclusivo de núcleo familiar, não havendo qualquer indicação de que empregados tenham sido incluídos no rol de beneficiários do plano. Trata-se, portanto, de contratação que se afasta do escopo estabelecido pelo *caput* do art. 5º da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, o qual exige, como condição de validade do contrato coletivo empresarial, que haja beneficiários vinculados à empresa contratante por relação empregatícia ou estatutária.

A interpretação sistêmica do dispositivo evidencia que o rol de pessoas previstas no §1º somente pode ser contemplado se houver prévio vínculo com empregados ou estatutários. A contratação direta apenas com sócios e seus familiares, como no caso em análise, não supre a exigência estabelecida pela Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, descaracterizando, pois, a natureza coletiva empresarial do contrato.

O Superior Tribunal de Justiça tem, inclusive, reconhecido como “falsos coletivos” os contratos que, a despeito da aparência formal, não atendem aos requisitos impostos pela ANS, contemplando apenas pessoas do mesmo núcleo familiar, configurando contratos atípicos. Vejamos:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO COMINATÓRIA
DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO.
INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA. 1. O Tribunal local
consignou se tratar de um contrato "falso coletivo", porquanto o plano de
saúde em questão teria como usuários apenas poucos membros de uma
mesma família. Modificar tal premissa demandaria o revolvimento de matéria
fático-probatório. Incidência das Súmulas 5, 7 do STJ.
Precedentes. 2. Segundo a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça 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, aplicando-se-lhe as normas do Código de Defesa do
Consumidor. 3. Agravo interno desprovido. (STJ - AgInt no REsp: 1880442
SP 2020/0148090-5, Relator.: Ministro MARCO BUZZI, j. 02/05/2022, T4 -
QUARTA TURMA, DJe 06/05/2022)

Sendo assim, pela ausência de empregados ou estatutários beneficiados pelo plano de saúde, o contrato celebrado entre as partes não está de acordo com as disposições da Lei n. 9.656/1998 e da Resolução n. 195/2009 da ANS, afastando-se das diretrizes que regulamentam a contratação de plano coletivo empresarial de assistência à saúde.



Deixo claro, no entanto, que não é o fato de constar da apólice número reduzido de participantes que descaracteriza o contrato como coletivo empresarial, posto que a lei não estabelece um quantitativo máximo ou mínimo. A própria ANS disciplina que, para planos coletivos com até 29 (vinte e nove) vidas, deve haver um agrupamento desses contratos para que seja aplicado índice unificado de reajuste a todos eles, a fim de que os custos e riscos sejam diluídos entre os usuários para atingir maior equilíbrio. A Resolução Normativa n. 565/2022 da ANS detalha os critérios para aplicação desses reajustes.

Assim, é pela ausência de empregados ou estatutários contemplados no contrato de plano de saúde empresarial celebrado entre as partes que se impõe o reconhecimento do caráter de “falso coletivo” pela violação à Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS e da natureza atípica do contrato em exame, cuja consequência deve ser a sua equiparação, para todos os efeitos legais, ao plano individual/familiar.

A solução para a inobservância dos requisitos do art. 5º consta, inclusive, da própria Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, que menciona expressamente em seu art. 32 – aplicável à presente hipótese por analogia – que “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”.

Tal equiparação implica na alteração do valor da mensalidade originalmente pactuado, que deve ser substituído por aquele praticado nos contratos individuais/familiares vigentes à época da contratação.

Essa é uma consequência importante que decorre da caracterização do contrato como “falso coletivo”. O reconhecimento de que a avença celebrada entre as partes não atende aos requisitos normativos necessários a que se considere o contrato como “verdadeiro coletivo”, leva, como consequência lógica, a se entender que a decisão judicial que opera esse reconhecimento tem efeito meramente declaratório – e não constitutivo. O que faz o Poder Judiciário em casos como o presente é constatar que o contrato firmado entre as partes com a intenção de que fosse um “plano coletivo”, em verdade nunca o foi, por isso o reconhecimento de sua “falsa coletividade”. Desse modo, a ilicitude ora reconhecida é gerada no momento exato em que a apelante e a apelada estabeleceram a respectiva relação jurídica: o plano é um “falso coletivo” desde a sua origem; desde sempre esteve presente a violação às normas pertinentes e o simples passar do tempo não sana as irregularidades.

Por isso, não há como considerar ilícito o contrato apenas a partir de eventual decisão judicial proferida no processo em que se discuta sua natureza jurídica. Entender desse modo equivocado significaria atribuir verdadeiro efeito “constitutivo” à dita decisão, ou seja, considerar-se que somente a partir da manifestação do Poder Judiciário é que a ilicitude estaria materializada.

Portanto, se a consequência jurídica que se aplica aos planos de saúde considerados “falsos coletivos” não é a nulidade dos contratos, mas a sua equiparação aos planos individuais/familiares – que representam a sua verdadeira natureza jurídica, como vem entendendo nossa jurisprudência –, tal equiparação deve se dar, repita-se, desde o momento em que o contrato foi firmado.

De não prevalecer esse entendimento, estar-se-ia criando uma situação em que uma das partes contratantes, à sua conveniência, poderia escolher o momento para acionar o Judiciário com o intuito de reconhecer a ilicitude e daí extrair os efeitos jurídicos que – e quando – lhe fossem interessantes. Além disso, não se pode olvidar que planos de saúde individual/familiar e os coletivos não só se regem por normas jurídicas distintas, mas, sobretudo, estabelecem-se a partir de bases atuárias distintas que não devem ser modificadas posteriormente, sob pena de alterar o respectivo equilíbrio antes obtido.



Assim, a equiparação do contrato reconhecido como “falso coletivo” a um plano individual/familiar não pode ter apenas as consequências pleiteadas pelo autor na demanda – normalmente consistente no questionamento dos índices de correção dos respectivos planos que são, em regra, mais elevados nos planos coletivos do que nos individuais/familiares –, mas todos os desdobramentos que daí decorrem, inclusive o recálculo da prestação inicial, quando da firma do contrato, com a aplicação sobre ela e a partir dela de todos os correspondentes índices estabelecidos pela ANS. Fica evidente, desse modo, que não se pode manter o prêmio da prestação inicialmente menor do plano coletivo e sobre ela incidir os reajustes estabelecidos pela ANS para os planos individuais/coletivos, também menores. Seria essa a criação de um novo tipo de contrato pelo Poder Judiciário, o que, evidentemente não se admite.

É certo que a ANS previu regras diferentes para essas categorias de plano de saúde com o intuito de manter a viabilidade de ambas, tanto para as operadoras como para os consumidores. Por essa razão, incidem reajustes por sinistralidade nos contratos coletivos sobre uma mensalidade inicialmente mais baixa, como medida de preservação do equilíbrio contratual, sendo inaplicáveis para essa modalidade de contrato os percentuais autorizados pela ANS para planos individuais. Por sua vez, os contratos de planos individuais/familiares, em sua essência, pressupõem mensalidades mais elevadas na origem e reajustes anuais controlados pela ANS, justamente para garantirem o equilíbrio financeiro da relação jurídica ao longo do tempo. Preservar o valor inicial do prêmio contratado como coletivo, mas aplicar no seu curso os reajustes da ANS para planos individuais, equivaleria, como ressaltado acima, a preservar vantagens econômicas de ambas as modalidades em detrimento da estrutura normativa vigente.

Reconhecido, desse modo, o caráter de “falso coletivo” do contrato em análise, caberá às partes apurar em sede de liquidação de sentença o valor da mensalidade correspondente a um contrato individual/familiar comercializado pela operadora à época da contratação ou, na sua falta, remeter à perícia a sua apuração. Sobre esse valor é que incidirão os reajustes da ANS autorizados para planos individuais/familiares.

Todavia, desde já, deverá a operadora emitir os boletos das mensalidades vincendas com a imediata substituição dos percentuais que foram aplicados por aqueles autorizados pela ANS para os planos individuais/familiares, afastando-se os reajustes por sinistralidade praticados anteriormente. O valor da mensalidade inicial sobre o qual incidirão os reajustes anuais da ANS deverá, até a conclusão da fase de liquidação de sentença, corresponder àquele originalmente contratado pela empresa apelada.

Realço que a substituição do valor do prêmio mensal e dos percentuais a serem apurados na fase de cumprimento de sentença refere-se a todo o período de vigência contratual, devendo ser mantida a sentença quanto à restituição, de forma simples, à parte autora dos eventuais valores pagos a maior – ou a compensação em favor da ré, na hipótese de valores pagos a menor –, respeitada a prescrição trienal.

Diante do exposto, divirjo parcialmente do voto do relator, apenas no tocante à equiparação do plano coletivo em discussão a plano individual/familiar para todos os efeitos legais, inclusive com a substituição dos valores das mensalidades e dos percentuais por aqueles praticados nessa modalidade de contrato (individual/familiar), desde a origem.

É como voto.

Recife, data da assinatura eletrônica.



Ementa:



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÕES (06) Nº 0074917-16.2024.8.17.2001

APELANTES: _____, _____, _____, _____,
_____, _____

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

EMENTA - APELAÇÕES. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. EQUIPARAÇÃO A PLANO INDIVIDUAL. REAJUSTES ANUAIS. REPETIÇÃO DE INDÉBITO. PRELIMINARES REJEITADAS. RECURSO DA OPERADORA DESPROVIDO. RECURSO DOS SEGURADOS PROVIDO.



I. Caso em exame

1. Apelações interpostas contra sentença na qual o juízo de origem reconheceu parcialmente o pedido para determinar a conversão do plano de saúde coletivo empresarial em plano individual/familiar, com aproveitamento das carências já cumpridas e restituição dos valores pagos a maior. A operadora de saúde alega nulidade por cerceamento de defesa, impossibilidade jurídica do pedido e legalidade do contrato. Os segurados, por sua vez, pleiteiam a equiparação do plano a individual desde a contratação, aplicação dos reajustes autorizados pela ANS para planos individuais e devolução dos valores pagos a maior nos últimos três anos.

II. Questão em discussão

2. Há três questões em discussão: (i) verificar a existência de cerceamento de defesa, em razão do julgamento antecipado da lide e da não produção da prova pericial atuarial requerida pela operadora de saúde; (ii) analisar a alegação de impossibilidade jurídica do pedido, diante da afirmação da operadora de que não comercializa planos individuais; e (iii) examinar se o contrato firmado deve ser considerado “falso coletivo” e, por isso, equiparado a plano individual para fins de controle dos reajustes e restituição de valores pagos a maior.

III. Razões de decidir

3. O julgamento antecipado do mérito é cabível quando a controvérsia é estritamente de direito e a prova documental já é suficiente para a formação do convencimento do juízo, nos termos do art. 355, I, do CPC.

4. A preliminar de impossibilidade jurídica do pedido deve ser rejeitada, pois não encontra respaldo no ordenamento processual vigente. A alegação da operadora de que não comercializa planos individuais/familiares não impede a apreciação judicial do pedido formulado pelos segurados, que não consiste na imposição de um novo contrato, mas na equiparação do contrato já existente às regras aplicáveis aos planos individuais, em razão de sua estrutura atípica.

5. O contrato, embora registrado como coletivo empresarial, foi firmado para abranger apenas quatro beneficiários de uma mesma família, sem representar um grupo populacional significativo.

6. A ausência de negociação paritária dos reajustes e a unilateralidade imposta pela operadora afastam a essência do regime coletivo, caracterizando o contrato como “falso coletivo”, devendo ser regido pelas normas aplicáveis aos planos individuais.

7. Conforme precedentes do STJ e TJPE, tais contratos devem observar os índices autorizados pela ANS para planos individuais e permitem a devolução de valores cobrados em excesso.

IV. Dispositivo e Tese



8. Recurso da operadora desprovido. Recurso dos segurados provido para (i) reconhecer, desde a origem, a natureza equiparada a individual do contrato celebrado entre as partes; (ii) determinar a substituição dos reajustes anuais aplicados pela Operadora de saúde ao contrato pelos índices autorizados pela ANS para os individuais/familiares, procedendo-se ao recálculo do valor das mensalidades; e (iii) condenar à devolução dos valores pagos a maior, observada a prescrição trienal. Tese: “1. Contrato de plano de saúde formalmente coletivo, com número reduzido de beneficiários exclusivamente familiares, equipara-se a plano individual/familiar para fins de incidência normativa. 2. Aplicam-se a tais contratos os percentuais de reajuste anual autorizados pela ANS para planos individuais, com direito à repetição do indébito, respeitada a prescrição trienal.”

- Dispositivos relevantes citados: CC, arts. 206, §3º, IV, 389, parágrafo único e 406, §1º; Lei 9.656/98, art. 16, VII; RN ANS nº 557/2022; RN ANS nº 309/2012; CPC, arts. 355, I, 434, 485, VI e 85, §2º.

- Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no REsp 1.876.451/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 01.03.2021; TJPE, AI 005560424.2024.8.17.9000, Rel. Desa. Valeria Bezerra P. Wanderley, 7ª Câmara Cível Especializada, j. 01.04.2025.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelações nº **007491716.2024.8.17.2001**, **ACORDAM** os Desembargadores da 7ª Câmara Cível Especializada em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso da Operadora de saúde e **DAR PROVIMENTO** ao recurso dos Segurados, consoante relatório, votos e ementa que integram este acórdão.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator

Proclamação da decisão:

Por maioria de votos, em câmara expandida, negou-se provimento ao recurso da operadora de plano de saúde e deu-se provimento ao recurso dos segurados, nos termos do voto do relator.



Magistrados: [VIRGINIO MARQUES CARNEIRO LEAO, ANDRE VICENTE PIRES ROSA, ELIO BRAZ MENDES, DJALMA ANDRELINO NOGUEIRA JUNIOR, AIRTON MOZART VALADARES VIEIRA PIRES]

Recife, 4 de maio de 2026

Magistrado





Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÕES (06) Nº 0074917-16.2024.8.17.2001

APELANTES: _____, _____, _____, _____,
_____, _____

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

EMENTA - APELAÇÕES. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. EQUIPARAÇÃO A PLANO INDIVIDUAL. REAJUSTES ANUAIS. REPETIÇÃO DE INDÉBITO. PRELIMINARES REJEITADAS. RECURSO DA OPERADORA DESPROVIDO. RECURSO DOS SEGURADOS PROVIDO.

I. Caso em exame

1. Apelações interpostas contra sentença na qual o juízo de origem reconheceu parcialmente o pedido para determinar a conversão do plano de saúde coletivo empresarial em plano individual/familiar, com aproveitamento das carências já cumpridas e restituição dos valores pagos a maior. A operadora de saúde alega nulidade por cerceamento de defesa, impossibilidade jurídica do pedido e



legalidade do contrato. Os segurados, por sua vez, pleiteiam a equiparação do plano a individual desde a contratação, aplicação dos reajustes autorizados pela ANS para planos individuais e devolução dos valores pagos a maior nos últimos três anos.

II. Questão em discussão

2. Há três questões em discussão: (i) verificar a existência de cerceamento de defesa, em razão do julgamento antecipado da lide e da não produção da prova pericial atuarial requerida pela operadora de saúde; (ii) analisar a alegação de impossibilidade jurídica do pedido, diante da afirmação da operadora de que não comercializa planos individuais; e (iii) examinar se o contrato firmado deve ser considerado “falso coletivo” e, por isso, equiparado a plano individual para fins de controle dos reajustes e restituição de valores pagos a maior.

III. Razões de decidir

3. O julgamento antecipado do mérito é cabível quando a controvérsia é estritamente de direito e a prova documental já é suficiente para a formação do convencimento do juízo, nos termos do art. 355, I, do CPC.

4. A preliminar de impossibilidade jurídica do pedido deve ser rejeitada, pois não encontra respaldo no ordenamento processual vigente. A alegação da operadora de que não comercializa planos individuais/familiares não impede a apreciação judicial do pedido formulado pelos segurados, que não consiste na imposição de um novo contrato, mas na equiparação do contrato já existente às regras aplicáveis aos planos individuais, em razão de sua estrutura atípica.

5. O contrato, embora registrado como coletivo empresarial, foi firmado para abranger apenas quatro beneficiários de uma mesma família, sem representar um grupo populacional significativo.

6. A ausência de negociação paritária dos reajustes e a unilateralidade imposta pela operadora afastam a essência do regime coletivo, caracterizando o contrato como “falso coletivo”, devendo ser regido pelas normas aplicáveis aos planos individuais.

7. Conforme precedentes do STJ e TJPE, tais contratos devem observar os índices autorizados pela ANS para planos individuais e permitem a devolução de valores cobrados em excesso.

IV. Dispositivo e Tese

8. Recurso da operadora desprovido. Recurso dos segurados provido para (i) reconhecer, desde a origem, a natureza equiparada a individual do contrato celebrado entre as partes; (ii) determinar a substituição dos reajustes anuais aplicados pela Operadora de saúde ao contrato pelos índices autorizados pela ANS para os individuais/familiares, procedendo-se ao recálculo do valor das mensalidades; e (iii) condenar à devolução dos valores pagos a maior, observada a prescrição trienal. Tese: “1. Contrato de plano de saúde formalmente coletivo, com número reduzido de beneficiários exclusivamente familiares, equipara-se a plano individual/familiar para fins de incidência normativa. 2. Aplicam-se a tais contratos



os percentuais de reajuste anual autorizados pela ANS para planos individuais, com direito à repetição do indébito, respeitada a prescrição trienal.”

- Dispositivos relevantes citados: CC, arts. 206, §3º, IV, 389, parágrafo único e 406, §1º; Lei 9.656/98, art. 16, VII; RN ANS nº 557/2022; RN ANS nº 309/2012; CPC, arts. 355, I, 434, 485, VI e 85, §2º.

- Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no REsp 1.876.451/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 01.03.2021; TJPE, AI 005560424.2024.8.17.9000, Rel. Desa. Valeria Bezerra P. Wanderley, 7ª Câmara Cível Especializada, j. 01.04.2025.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelações nº **007491716.2024.8.17.2001**, **ACORDAM** os Desembargadores da 7ª Câmara Cível Especializada em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso da Operadora de saúde e **DAR PROVIMENTO** ao recurso dos Segurados, consoante relatório, votos e ementa que integram este acórdão.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator





Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÕES (06) Nº 0074917-16.2024.8.17.2001

APELANTES: _____, _____, _____, _____,
_____, _____

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

VOTO

DO CERCEAMENTO DO DIREITO DE DEFESA

A Operadora de saúde suscitou preliminar de cerceamento de direito de defesa, sob o fundamento de que, apesar do seu requerimento de produção de prova pericial atuarial, por meio da qual pretendia demonstrar a regularidade dos reajustes, o juízo de origem proferiu julgamento antecipado do mérito.

Todavia, no caso concreto, como assinalado pelo magistrado *a quo*, a matéria controvertida é de direito, não havendo necessidade da produção de outras provas, o que autoriza, nos termos do art. 355, I, do CPC, o julgamento antecipado do mérito.



Nesse sentido, o fundamento deduzido pelos Segurados para requererem a aplicação do regimento jurídico dos planos individuais/familiares ao contrato ao qual estão vinculados é a quantidade ínfima de beneficiários, todos integrantes da mesma família, fato que pode ser demonstrado por meio de prova documental, cuja oportunidade de produção, nos termos do art. 434, do CPC, dá-se com a apresentação da petição inicial e da contestação.

Por essas razões, **REJEITO** a preliminar de cerceamento do direito de defesa.

DA IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO

Também não merece amparo o requerimento de extinção do processo por impossibilidade jurídica do pedido, como formulado pela Operadora de saúde, sob o fundamento de que não mais comercializa planos individuais.

Nesse sentido, não bastasse a inadequação técnica da referência a requisito processual que encontrava previsão do Código de Processo Civil de 1973, mas que não foi reproduzido na legislação processual em vigor, vide a redação do art. 485, VI, do CPC, observa-se a desatenção da Operadora de saúde ao pedido principal formulado pela parte adversa de equiparação do seu contrato àqueles de natureza individual/familiar, mediante aplicação do regime jurídico próprio, havendo inclusive apresentado apelo próprio com esse específico fim.

Assim, **REJEITO** também o pedido de extinção do processo por impossibilidade jurídica do pedido.

MÉRITO

No mais, preenchidos os requisitos de admissibilidade, passo ao exame das alegações de mérito das Recorrentes.

O cerne dos recursos diz respeito à caracterização do contrato de plano de saúde empresarial firmado entre as partes como um “falso coletivo”, requerendo-se, em razão disso, a aplicação dos percentuais de reajuste autorizados para planos individuais/familiares e a repetição dos valores pagos a maior.

Apenas a pretensão dos Segurados de reforma da sentença impugnada reúne condições de êxito.

Nesse sentido, de acordo com o art. 16, VII, da Lei 9.656/98, os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes distintos: individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.



Conforme art. 3º da RN nº 557/2022 da ANS, “*plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar*” .

O plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, por sua vez, é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, podendo abranger, ainda, desde que previsto contratualmente, os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, os demitidos ou aposentados, os agentes políticos, os trabalhadores temporários, os estagiários e menores aprendizes, bem como os respectivos grupos familiares até o terceiro grau de parentesco consanguíneo e até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro (art. 5º, §1º incisos I a VII, da RN nº 557/2022 da ANS).

Para além disso, os planos coletivos empresariais se subdividem naqueles com mais de trinta beneficiários – que não estão sujeitos à carência e ao limite de reajuste estabelecido pela ANS - e nos que possuem até 29 vidas seguradas, que possuem características híbridas, por ostentarem muitas vezes comportamento similar aos planos familiares/individuais, como reconhecido pela RN nº 309/2012 da ANS.

No caso em apreço, é incontroverso que as partes celebraram contrato para a constituição de plano de saúde empresarial. Não obstante, a contratação se dá em favor de poucos beneficiários pertencentes a mesma família, quais sejam, mãe, dois filhos e uma nora.

Nessas circunstâncias, não se alcança o objetivo da norma que regulamenta os contratos coletivos, haja vista a ausência do elemento essencial de uma população significativa de beneficiários.

Ademais, inexistiu efetiva negociação paritária do reajuste, impondo-se unilateralmente à parte consumidora os índices aplicados pela operadora.

O Superior Tribunal de Justiça firmou o entendimento de que, em hipóteses como a presente, o contrato de plano de saúde coletivo empresarial que conte com número ínfimo de beneficiários configura contrato coletivo atípico, devendo ser reconhecida sua natureza análoga a de plano individual ou familiar, aplicando-se a eles as regras correspondentes.

A propósito, destaca-se o seguinte precedente:

“AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DESCARACTERIZAÇÃO. CONTRATO ATÍPICO. NÚMERO ÍNFIMO DE PARTICIPANTES. REINTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E REEXAME DE FÁTOS E PROVAS. INVIABILIDADE. SÚMULAS



5 E 7 DO STJ. HARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83 DO STJ.

1. O Tribunal de origem concluiu que não ficou evidenciado vínculo associativo, classista ou empresarial necessário à caracterização do contrato coletivo de plano de saúde, considerando, sobretudo, que os beneficiários são pessoas integrantes da mesma família, não havendo elementos nos autos que indique estarem elas vinculadas à empresa contratante, razão pela qual entendeu que se trata de "falso" contrato coletivo.

2. A desconstituição de tais premissas demandaria, inevitavelmente, reinterpretação de cláusulas contratuais e reexame de matéria fático probatória, o que não se admite em recurso especial, ante os óbices das Súmulas 5 e 7 do Superior Tribunal de Justiça.

3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça admite, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo ou empresarial, que possua número ínfimo de participantes, como no caso - apenas três beneficiários -, por apresentar natureza de contrato coletivo atípico, seja tratado como plano individual ou familiar, aplicando-se-lhe as normas do Código de Defesa do Consumidor. Precedentes.

4. "Não se conhece do recurso especial pela divergência, quando a orientação do tribunal se firmou no mesmo sentido da decisão recorrida" (Súmula 83/STJ). 5. Agravo interno a que se nega provimento" (AgInt no REsp n. 1.876.451/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 1/3/2021, DJe de 4/3/2021, grifos nossos).

Esse também é o entendimento desta 7ª Câmara cível especializada do e. TJPE:

“EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. CONTRATO COLETIVO DE SEGURO SAÚDE. ÚNICO NÚCLEO FAMILIAR. “FALSO COLETIVO”. EQUIPARAÇÃO A PLANO INDIVIDUAL. PRECEDENTES STJ E TJPE. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. AFASTAMENTO. REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE CUSTOS. ÍNDICES ANUAIS AUTORIZADOS PELA ANS PARA PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES. RECURSO A QUE SE DA PROVIMENTO. AGRAVO INTERNO PREJUDICADO. 1. Os demandantes são beneficiários do plano de saúde coletivo, possuindo, portanto, legitimidade ativa para discutir quaisquer cláusulas contratuais que afetem seus direitos. 2. Não há que se falar em prescrição da pretensão de revisão, mas tão somente dos valores pagos a maior anteriores ao triênio que antecedeu o ajuizamento da ação. 3. O plano de saúde que prevê cobertura para apenas 07 (sete) vidas, integrantes do mesmo núcleo familiar, ainda que esteja travestido de contrato coletivo empresarial, assemelha-se em tudo a um contrato individual/familiar ou a um “falso coletivo”, de modo que se aplicam a ele as normas aplicáveis aos planos individuais quanto aos percentuais de reajuste. Precedentes STJ e TJPE. 4. Tratando-se de um contrato “falso coletivo” devem ser afastados os reajustes por sinistralidade e os anuais aplicados e incidir apenas os índices anuais autorizados pela ANS para os planos individuais/familiares. 5. Recurso que se da provimento.



Prejudicado o Agravo Interno. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos estes autos, ACORDAM os Excelentíssimos Senhores Desembargadores integrantes da Sétima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, à unanimidade de votos, DAR PROVIMENTO ao recurso interposto e, julgar PREJUDICADO o agravo interno, conforme relatório e votos em anexo, devidamente revistos e rubricados, que passam a integrar este julgado.” (TJ-PE, Agravo de Instrumento 005560424.2024.8.17.9000, Rel. Desa. Valéria Bezerra Pereira Wanderley, 7ª Câmara Cível Especializada, j. 01/04/2025).

À luz desses precedentes, impõe-se reconhecer que o contrato em exame deve ser equiparado aos planos individuais, incidindo as regras legais indicadas a esta modalidade desde a origem no tocante aos reajustes anuais, com a consequente devolução dos valores pagos indevidamente, observada a prescrição trienal (art. 206, §3º, IV, do CC), conforme requerido na inicial.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao apelo da Operadora de saúde, ao passo que **DOU PROVIMENTO** à apelação dos Segurados para equiparar o contrato celebrado entre as partes àqueles de natureza individual/familiar desde a origem, devendo incidir as regras legais aplicáveis a esta modalidade no tocante aos reajustes anuais; determinar a substituição dos reajustes anuais aplicados pela Operadora de saúde ao contrato pelos índices autorizados pela ANS para os individuais/familiares, procedendo-se ao recálculo do valor das mensalidades; condenar a Operadora de saúde à repetição dos valores pagos a maior, inclusive no curso do processo, devendo ser observada a prescrição trienal, contada do ajuizamento do feito, tudo a ser apurado em fase de liquidação, com correção monetária desde os desembolsos e juros de mora a partir da citação.

Correção monetária pela tabela ENCOGE e juros de mora de 1% ao mês até a vigência da lei 14.905/2024. A partir de então, correção pelo IPCA (art. 389, parágrafo único, do CC) e juros pela diferença entre a SELIC e o IPCA (art. 406, §1º, do CC).

CONDENO a Operadora de saúde ao pagamento das custas processuais e taxas judiciárias, além de honorários advocatícios, que arbitro em 12% sobre o valor da condenação, conforme art. 85, §2º, do CPC.

É COMO VOTO.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator





Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÕES (06) Nº 0074917-16.2024.8.17.2001

APELANTES: _____, _____, _____, _____, _____,

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

RELATÓRIO

Trata-se de apelações interpostas contra sentença proferida pelo Juízo da Seção B da 31ª Vara Cível da Capital, em sede de ação revisional de contrato cumulada com pedido de repetição de indébito, cujo relatório fica incorporado e que tem esta parte dispositiva: *“Diante de tudo que foi exposto, JULGO PROCEDENTE em parte, com base no art. 487, I do ncpc, o pedido introdutório para condenar a parte Ré a promover todas as providências necessárias a alteração do vínculo, dando continuidade à prestação dos serviços de assistência à saúde, através de novo plano individual/familiar, aproveitando o prazo de carência já contado durante o plano empresarial. Condeno a ré a restituir de forma simples os valores pagos a maior, acrescidos de correção monetária pela tabela do ENCOGE, desde os desembolsos, e juros de mora de 1% ao mês a contar da citação, observada a prescrição trienal (Tema Repetitivo nº 610/STJ). Condeno a acionada ao pagamento das custas e honorários advocatícios que arbitro em 20% sobre o valor da causa, art. 85 §2º NCP.*” (id 47716982)



Em suas razões recursais (id 47716988), a Operadora de saúde, em suma, alega, preliminarmente, nulidade da sentença por cerceamento de defesa, diante da não produção de prova pericial atuarial requerida, essencial à demonstração da

Assinado eletronicamente por: VIRGINIO MARQUES CARNEIRO LEAO - 17/07/2025 12:45:00Num. 50318881 - Pág. 1

<https://pje.cloud.tjpe.jus.br:443/2g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25071712450018200000049253797>

Número do documento: 25071712450018200000049253797

legalidade dos reajustes aplicados. Sustenta ainda a impossibilidade jurídica do pedido, alegando que não comercializa planos individuais/familiares e que o contrato firmado é legítimo, sendo um plano coletivo empresarial regido pelas normas da ANS. Requer, assim, a reforma da sentença para que sejam julgados improcedentes os pedidos formulados pelos Segurados ou, subsidiariamente, a anulação da sentença para reabertura da instrução probatória.

Preparo devidamente realizado (id 47716989).

Por sua vez, em suas razões recursais (id 47716988), os Segurados, em suma, pugnam pela reforma da sentença, sob o argumento de apesar da conversão determinada pelo juízo origem, tratando-se de plano "falso coletivo", deveriam ser aplicados os reajustes regulados pela ANS desde a contratação, com restituição dos valores pagos a maior. Requerem, assim, a equiparação ao plano familiar desde a origem, bem como a substituição dos reajustes praticados e a devolução dos valores pagos a maior.

Preparo comprovado (id 47716989).

Ambas as partes apresentaram contrarrazões (ids 47716999 e 47716998), pugnando pelo desprovimento do recurso da parte adversa.

É O RELATÓRIO NO ESSENCIAL.

Inclua-se em pauta.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator





Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÕES (06) Nº 0074917-16.2024.8.17.2001

APELANTES: _____, _____, _____, _____,
_____, _____

APELADOS: OS MESMOS

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

EMENTA - APELAÇÕES. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. EQUIPARAÇÃO A PLANO INDIVIDUAL. REAJUSTES ANUAIS. REPETIÇÃO DE INDÉBITO. PRELIMINARES REJEITADAS. RECURSO DA OPERADORA DESPROVIDO. RECURSO DOS SEGURADOS PROVIDO.

I. Caso em exame

1. Apelações interpostas contra sentença na qual o juízo de origem reconheceu parcialmente o pedido para determinar a conversão do plano de saúde coletivo empresarial em plano individual/familiar, com aproveitamento das carências já cumpridas e restituição dos valores pagos a maior. A operadora de saúde alega nulidade por cerceamento de defesa, impossibilidade jurídica do pedido e



legalidade do contrato. Os segurados, por sua vez, pleiteiam a equiparação do plano a individual desde a contratação, aplicação dos reajustes autorizados pela ANS para planos individuais e devolução dos valores pagos a maior nos últimos três anos.

II. Questão em discussão

2. Há três questões em discussão: (i) verificar a existência de cerceamento de defesa, em razão do julgamento antecipado da lide e da não produção da prova pericial atuarial requerida pela operadora de saúde; (ii) analisar a alegação de impossibilidade jurídica do pedido, diante da afirmação da operadora de que não comercializa planos individuais; e (iii) examinar se o contrato firmado deve ser considerado “falso coletivo” e, por isso, equiparado a plano individual para fins de controle dos reajustes e restituição de valores pagos a maior.

III. Razões de decidir

3. O julgamento antecipado do mérito é cabível quando a controvérsia é estritamente de direito e a prova documental já é suficiente para a formação do convencimento do juízo, nos termos do art. 355, I, do CPC.

4. A preliminar de impossibilidade jurídica do pedido deve ser rejeitada, pois não encontra respaldo no ordenamento processual vigente. A alegação da operadora de que não comercializa planos individuais/familiares não impede a apreciação judicial do pedido formulado pelos segurados, que não consiste na imposição de um novo contrato, mas na equiparação do contrato já existente às regras aplicáveis aos planos individuais, em razão de sua estrutura atípica.

5. O contrato, embora registrado como coletivo empresarial, foi firmado para abranger apenas quatro beneficiários de uma mesma família, sem representar um grupo populacional significativo.

6. A ausência de negociação paritária dos reajustes e a unilateralidade imposta pela operadora afastam a essência do regime coletivo, caracterizando o contrato como “falso coletivo”, devendo ser regido pelas normas aplicáveis aos planos individuais.

7. Conforme precedentes do STJ e TJPE, tais contratos devem observar os índices autorizados pela ANS para planos individuais e permitem a devolução de valores cobrados em excesso.

IV. Dispositivo e Tese

8. Recurso da operadora desprovido. Recurso dos segurados provido para (i) reconhecer, desde a origem, a natureza equiparada a individual do contrato celebrado entre as partes; (ii) determinar a substituição dos reajustes anuais aplicados pela Operadora de saúde ao contrato pelos índices autorizados pela ANS para os individuais/familiares, procedendo-se ao recálculo do valor das mensalidades; e (iii) condenar à devolução dos valores pagos a maior, observada a prescrição trienal. Tese: “1. Contrato de plano de saúde formalmente coletivo, com número reduzido de beneficiários exclusivamente familiares, equipara-se a plano individual/familiar para fins de incidência normativa. 2. Aplicam-se a tais contratos



os percentuais de reajuste anual autorizados pela ANS para planos individuais, com direito à repetição do indébito, respeitada a prescrição trienal.”

- Dispositivos relevantes citados: CC, arts. 206, §3º, IV, 389, parágrafo único e 406, §1º; Lei 9.656/98, art. 16, VII; RN ANS nº 557/2022; RN ANS nº 309/2012; CPC, arts. 355, I, 434, 485, VI e 85, §2º.

- Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no REsp 1.876.451/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 01.03.2021; TJPE, AI 005560424.2024.8.17.9000, Rel. Desa. Valeria Bezerra P. Wanderley, 7ª Câmara Cível Especializada, j. 01.04.2025.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelações nº **007491716.2024.8.17.2001**, **ACORDAM** os Desembargadores da 7ª Câmara Cível Especializada em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso da Operadora de saúde e **DAR PROVIMENTO** ao recurso dos Segurados, consoante relatório, votos e ementa que integram este acórdão.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator



VOTO DE DIVERGÊNCIA PARCIAL

Divirjo parcialmente do eminente relator pelas razões que passo a expor.

A principal questão a ser dirimida consiste em analisar se o contrato de plano de saúde coletivo empresarial celebrado entre as partes litigantes é válido da forma como foi firmado, à luz das leis e normas do setor que regem a matéria, ou se é um plano de saúde denominado “falso coletivo”, por burlar ditas regras, alterando a sua natureza jurídica.

A Lei n. 9.656/1998, em seu art. 16, II, estabelece três regimes diferentes de contratação de plano privado de assistência à saúde: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial ou c) coletivo por adesão.

Nos termos do artigo 5º da Resolução Normativa n. 195 da ANS, “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”. O §1º do referido artigo estende essa regra, autorizando a inclusão de outros grupos de pessoas, como sócios, administradores e familiares, desde que previsto contratualmente. Entretanto, tal extensão de cobertura tem como pressuposto indispensável a existência de empregados ou estatutários vinculados à empresa contratante. É a interpretação que se extrai da leitura do *caput* do artigo 5º acima citado e do seu § 1º, onde a ANS amplia o rol de beneficiários e estabelece que “o vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente,” as pessoas ali relacionadas.

Na hipótese dos autos, o contrato celebrado entre as partes foi firmado em benefício exclusivo de núcleo familiar, não havendo qualquer indicação de que empregados tenham sido incluídos no rol de beneficiários do plano. Trata-se, portanto, de contratação que se afasta do escopo estabelecido pelo *caput* do art. 5º da Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, o qual exige, como condição de validade do contrato coletivo empresarial, que haja beneficiários vinculados à empresa contratante por relação empregatícia ou estatutária.

A interpretação sistêmica do dispositivo evidencia que o rol de pessoas previstas no §1º somente pode ser contemplado se houver prévio vínculo com empregados ou estatutários. A contratação direta apenas com sócios e seus familiares, como no caso em análise, não supre a exigência estabelecida pela Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, descaracterizando, pois, a natureza coletiva empresarial do contrato.

O Superior Tribunal de Justiça tem, inclusive, reconhecido como “falsos coletivos” os contratos que, a despeito da aparência formal, não atendem aos requisitos impostos pela ANS, contemplando apenas pessoas do mesmo núcleo familiar, configurando contratos atípicos. Vejamos:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO COMINATÓRIA
DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO.
INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA. 1. O Tribunal local consignou se tratar de um contrato “falso coletivo”, porquanto o plano de saúde em questão teria como usuários apenas poucos membros de uma mesma família. Modificar tal premissa demandaria o revolvimento de matéria fático-probatório. Incidência das Súmulas 5, 7 do STJ.



Precedentes. 2. Segundo a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça 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, aplicando-se-lhe as normas do Código de Defesa do Consumidor. 3. Agravo interno desprovido. (STJ - AgInt no REsp: 1880442

SP 2020/0148090-5, Relator.: Ministro MARCO BUZZI, j. 02/05/2022, T4 - QUARTA TURMA, DJe 06/05/2022)

Sendo assim, pela ausência de empregados ou estatutários beneficiados pelo plano de saúde, o contrato celebrado entre as partes não está de acordo com as disposições da Lei n. 9.656/1998 e da Resolução n. 195/2009 da ANS, afastando-se das diretrizes que regulamentam a contratação de plano coletivo empresarial de assistência à saúde.

Deixo claro, no entanto, que não é o fato de constar da apólice número reduzido de participantes que descaracteriza o contrato como coletivo empresarial, posto que a lei não estabelece um quantitativo máximo ou mínimo. A própria ANS disciplina que, para planos coletivos com até 29 (vinte e nove) vidas, deve haver um agrupamento desses contratos para que seja aplicado índice unificado de reajuste a todos eles, a fim de que os custos e riscos sejam diluídos entre os usuários para atingir maior equilíbrio. A Resolução Normativa n. 565/2022 da ANS detalha os critérios para aplicação desses reajustes.

Assim, é pela ausência de empregados ou estatutários contemplados no contrato de plano de saúde empresarial celebrado entre as partes que se impõe o reconhecimento do caráter de “falso coletivo” pela violação à Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS e da natureza atípica do contrato em exame, cuja consequência deve ser a sua equiparação, para todos os efeitos legais, ao plano individual/familiar.

A solução para a inobservância dos requisitos do art. 5º consta, inclusive, da própria Resolução Normativa n. 195/2009 da ANS, que menciona expressamente em seu art. 32 – aplicável à presente hipótese por analogia – que “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”.

Tal equiparação implica na alteração do valor da mensalidade originalmente pactuado, que deve ser substituído por aquele praticado nos contratos individuais/familiares vigentes à época da contratação.

Essa é uma consequência importante que decorre da caracterização do contrato como “falso coletivo”. O reconhecimento de que a avença celebrada entre as partes não atende aos requisitos normativos necessários a que se considere o contrato como “verdadeiro coletivo”, leva, como consequência lógica, a se entender que a decisão judicial que opera esse reconhecimento tem efeito meramente declaratório – e não constitutivo. O que faz o Poder Judiciário em casos como o presente é constatar que o contrato firmado entre as partes com a intenção de que fosse um “plano coletivo”, em verdade nunca o foi, por isso o reconhecimento de sua “falsa coletividade”. Desse modo, a ilicitude ora reconhecida é gerada no momento exato em que a apelante e a apelada estabeleceram a respectiva relação jurídica: o plano é um “falso coletivo” desde a sua origem; desde sempre esteve presente a violação às normas pertinentes e o simples passar do tempo não sana as irregularidades.

Por isso, não há como considerar ilícito o contrato apenas a partir de eventual decisão judicial proferida no processo em que se discuta sua natureza jurídica. Entender desse modo equivocado significaria atribuir verdadeiro efeito “constitutivo” à dita decisão, ou seja, considerar-se que somente a partir da manifestação do Poder Judiciário é que a ilicitude estaria materializada.

Portanto, se a consequência jurídica que se aplica aos planos de saúde considerados “falsos coletivos” não é a nulidade dos contratos, mas a sua equiparação aos planos individuais/familiares



– que representam a sua verdadeira natureza jurídica, como vem entendendo nossa jurisprudência – , tal equiparação deve se dar, repita-se, desde o momento em que o contrato foi firmado.

De não prevalecer esse entendimento, estar-se-ia criando uma situação em que uma das partes contratantes, à sua conveniência, poderia escolher o momento para acionar o Judiciário com o intuito de reconhecer a ilicitude e daí extrair os efeitos jurídicos que – e quando – lhe fossem interessantes. Além disso, não se pode olvidar que planos de saúde individual/familiar e os coletivos não só se regem por normas jurídicas distintas, mas, sobretudo, estabelecem-se a partir de bases atuárias distintas que não devem ser modificadas posteriormente, sob pena de alterar o respectivo equilíbrio antes obtido.

Assim, a equiparação do contrato reconhecido como “falso coletivo” a um plano individual/familiar não pode ter apenas as consequências pleiteadas pelo autor na demanda – normalmente consistente no questionamento dos índices de correção dos respectivos planos que são, em regra, mais elevados nos planos coletivos do que nos individuais/familiares –, mas todos os desdobramentos que daí decorrem, inclusive o recálculo da prestação inicial, quando da firma do contrato, com a aplicação sobre ela e a partir dela de todos os correspondentes índices estabelecidos pela ANS. Fica evidente, desse modo, que não se pode manter o prêmio da prestação inicialmente menor do plano coletivo e sobre ela incidir os reajustes estabelecidos pela ANS para os planos individuais/coletivos, também menores. Seria essa a criação de um novo tipo de contrato pelo Poder Judiciário, o que, evidentemente não se admite.

É certo que a ANS previu regras diferentes para essas categorias de plano de saúde com o intuito de manter a viabilidade de ambas, tanto para as operadoras como para os consumidores. Por essa razão, incidem reajustes por sinistralidade nos contratos coletivos sobre uma mensalidade inicialmente mais baixa, como medida de preservação do equilíbrio contratual, sendo inaplicáveis para essa modalidade de contrato os percentuais autorizados pela ANS para planos individuais. Por sua vez, os contratos de planos individuais/familiares, em sua essência, pressupõem mensalidades mais elevadas na origem e reajustes anuais controlados pela ANS, justamente para garantirem o equilíbrio financeiro da relação jurídica ao longo do tempo. Preservar o valor inicial do prêmio contratado como coletivo, mas aplicar no seu curso os reajustes da ANS para planos individuais, equivaleria, como ressaltado acima, a preservar vantagens econômicas de ambas as modalidades em detrimento da estrutura normativa vigente.

Reconhecido, desse modo, o caráter de “falso coletivo” do contrato em análise, caberá às partes apurar em sede de liquidação de sentença o valor da mensalidade correspondente a um contrato individual/familiar comercializado pela operadora à época da contratação ou, na sua falta, remeter à perícia a sua apuração. Sobre esse valor é que incidirão os reajustes da ANS autorizados para planos individuais/familiares.

Todavia, desde já, deverá a operadora emitir os boletos das mensalidades vincendas com a imediata substituição dos percentuais que foram aplicados por aqueles autorizados pela ANS para os planos individuais/familiares, afastando-se os reajustes por sinistralidade praticados anteriormente. O valor da mensalidade inicial sobre o qual incidirão os reajustes anuais da ANS deverá, até a conclusão da fase de liquidação de sentença, corresponder àquele originalmente contratado pela empresa apelada.

Realço que a substituição do valor do prêmio mensal e dos percentuais a serem apurados na fase de cumprimento de sentença refere-se a todo o período de vigência contratual, devendo ser mantida a sentença quanto à restituição, de forma simples, à parte autora dos eventuais valores pagos a maior – ou a compensação em favor da ré, na hipótese de valores pagos a menor –, respeitada a prescrição trienal.

Diante do exposto, divirjo parcialmente do voto do relator, apenas no tocante à equiparação do plano coletivo em discussão a plano individual/familiar para todos os efeitos legais, inclusive com a substituição dos valores das mensalidades e dos percentuais por aqueles praticados nessa modalidade de contrato (individual/familiar), desde a origem.



É como voto.

Recife, data da assinatura eletrônica.

Des. André Rosa (vogal)

