



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção A da 12ª Vara Cível da Capital

Avenida Desembargador Guerra Barreto - Fórum do Recife, S/N, Ilha Joana Bezerra, RECIFE - PE - CEP: 50080-900
F:(81) 31810303

Processo nº **0009955-13.2026.8.17.2001**

AUTOR(A): -----

RÉU: -----

SENTENÇA

Vistos etc.

----- **ingressaram com a presente AÇÃO ORDINÁRIA em face da -----**
-----, **todos igualmente qualificados.**

Aduziram ser a pessoa jurídica contratante de seguro-saúde operacionalizado pela demandada, na modalidade de saúde coletivo por adesão. Explicaram que na prática o seguro avençado é integrado apenas por núcleo familiar e não por funcionários ou quaisquer outros associados da empresa estipulante, e que esta circunstância configura o denominado “falso coletivo”, o qual, conforme Jurisprudência do STJ e Tribunais Estaduais, deve ser equiparado ao plano individual. Por fim, requereu tutela de urgência a fim de substituir os reajustes anuais por aqueles autorizados pela ANS, aplicáveis aos planos individuais.

A tutela antecipada foi concedida, conforme Decisão de Id. 233235108.

Citada, a ré apresentou Contestação, em suma pugnando pela prejudicial de mérito de prescrição trienal. Explicou que a autora está vinculada ao contrato coletivo empresarial, de modo que deve ser respeitada a aplicação dos índices e/ou fórmulas de reajuste pactuados, não incidindo, nesses casos, os índices autorizados pela ANS. Discorreu sobre equilíbrio contratual e da impossibilidade de comercialização dos planos individuais. Alegou que os autores não trazem aos autos nenhuma prova de abusividade, ilegalidade ou de aplicação de reajustes desarrazoados na mensalidade do plano de saúde. Entendeu inexistente o dever de devolução dos valores por agir em estrito exercício regular do direito.

Não houve Réplica.



É o relatório. Decido.

Passo ao julgamento antecipado da lide, conforme autorizado pelo artigo 355, inciso I, do CPC.

Antes, contudo, de adentrar no mérito propriamente dito, impõe-se o enfrentamento da prejudicial de mérito relativa à prescrição, oportunamente suscitada pela parte demandada.

No ponto, adoto como razão de decidir o entendimento pacificado pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial n.º 1.361.182/RS, submetido à sistemática dos recursos repetitivos pela eg. Segunda Seção. Restou então consolidada a tese segundo a qual, na vigência dos contratos de plano ou seguro de assistência à saúde, a pretensão de natureza condenatória, derivada da declaração de nulidade de cláusula atinente ao reajuste, sujeita-se ao prazo prescricional de 20 (vinte) anos, à luz do artigo 177 do Código Civil de 1916, ou, alternativamente, de 03 (três) anos, à luz do artigo 206, § 3º, inciso IV, do Código Civil de 2002, observando-se, para tanto, a regra de transição estabelecida no artigo 2.028 do diploma civil contemporâneo.

A relação obrigacional existente tem caráter continuativo, podendo o contratante, a qualquer tempo, questionar judicialmente a nulidade de cláusula encerrada no instrumento. Entretanto, com relação à pretensão condenatória, deve ser aplicada a prescrição prevista no art. 206, § 3º, IV, do Código Civil, ou seja, três anos. Sendo assim, quanto à pretensão de devolução das quantias pagas, está parcialmente fulminada pela prescrição, em relação aos valores pagos a maior anteriores a 04/02/2026, visto que a ação foi proposta em 04/02/2023, conforme tese fixada pelo STJ no REsp 1.360.969/RS^[1].

Superada a prejudicial, passo à análise meritória. E, revendo posicionamento anteriormente adotado, curvo-me ao entendimento de que assiste razão à parte autora.

É cediço que o espírito informador do Código de Defesa do Consumidor repousa na proteção da parte hipossuficiente na relação de consumo, impondo tratamento desigual na exata medida das desigualdades, de modo a prestigiar os vetores da boa-fé objetiva e da lealdade contratual. Assim, impõe-se a interpretação das cláusulas contratuais de forma mais favorável ao aderente (artigo 47), bem como autoriza-se a inversão do ônus da prova quando presentes os requisitos da verossimilhança das alegações e da hipossuficiência técnica, jurídica ou econômica, além de assegurar à parte consumidora, nos termos do artigo 14, o direito à reparação dos danos materiais e morais sofridos, independentemente da aferição de culpa, quando configurado vício ou defeito na prestação do serviço. No caso sub examine, a controvérsia deve ser solucionada sob a égide do microsistema consumerista, uma vez que a relação jurídica firmada entre as partes refere-se a contrato de plano de saúde. Nesse exato sentido, imperioso destacar a diretriz firmada pela Súmula 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual: **“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”**.

Preocupado com a livre formação da vontade do consumidor, o legislador estabeleceu no imediatamente acima aludido Diploma regras tipificadoras de cláusulas abusivas, sancionando-as de nulidade absoluta com o intuito de resguardar o equilíbrio entre os contratantes. Para tanto, foi atenuado o princípio da força obrigatória do contrato, permitindo-se, inclusive, modificação das cláusulas que estabeleçam prestações desproporcionais e a revisão das prestações excessivamente onerosas, observada sempre a interpretação mais favorável ao consumidor. Sobre o assunto, leciona João Batista de Almeida, na obra A Proteção Jurídica do Consumidor, que: “O Código do Consumidor é pródigo em dirigismo contratual, lei de índole protetiva que é. Além das normas gerais de proteção (arts. 46/50), editou normas específicas que interferem no conteúdo do contrato (art. 51, seus incisos e parágrafos). Segundo seus termos, os contratos, nas relações de consumo, não poderão conter cláusulas que excluam ou atenuem a responsabilidade do fornecedor, que gerem desequilíbrio contratual ou que, de qualquer forma, conduzam o consumidor à situação prejudicial em face do poder econômico do outro contratante. Assim, o sancionamento das cláusulas abusivas com a pecha de nulidade absoluta (art. 51) restringiu a autonomia de atuação contratual



do fornecedor, impondo-lhe a observância de normas de conduta que conduzirão indubitavelmente a um maior respeito aos direitos do consumidor, em face dos parâmetros de honestidade e moralidade (...) (Saraiva: 1993, p. 102).

No caso concreto, impende aferir, com acuidade, se o contrato em discussão ostenta, de fato, a natureza jurídica de plano de saúde coletivo empresarial, nos estritos moldes da legislação vigente, ou se, diversamente, configura o que a doutrina e a jurisprudência têm denominado de “falso coletivo”.

Consoante se extrai da exordial, a parte autora sustenta que não há, no plano contratado, a existência de outros beneficiários vinculados além de seu núcleo familiar. Alega, portanto, tratar-se de típica hipótese de “falso coletivo”, na qual, sob a roupagem formal de contrato coletivo empresarial, oculta-se, na essência, uma contratação de natureza individual ou familiar, desvirtuando-se, assim, a lógica que norteia os planos coletivos. Nessa linha, a demandante denuncia suposta afronta ao dever de informação, bem como invoca a abusividade dos reajustes anuais aplicados pela operadora, pugnando, ao final, pela adoção dos critérios de reajuste autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos individuais e familiares, em substituição aos percentuais livremente pactuados nos contratos coletivos.

Da análise dos documentos que instruem a petição inicial, verifica-se que, de fato, o contrato formalmente ostenta a nomenclatura de coletivo empresarial. Todavia, constata-se que há apenas 4 (quatro) vidas vinculadas ao referido instrumento, todas pertencentes ao mesmo núcleo familiar. Tal circunstância evidencia, de forma cristalina, que a contratação, realizada por intermédio de microempresa, não atinge o substrato mínimo de mutualidade e coletividade que justifica e ampara o regime jurídico dos contratos coletivos de saúde. Com efeito, a ausência de efetiva massa de beneficiários jungidos por vínculo empregatício, estatutário ou associativo, desconfigura a própria essência do plano coletivo, esvaziando-lhe o fundamento técnico-atuarial que autoriza a adoção de critérios próprios para reajustes e rescisões contratuais.

A tese ventilada pela parte autora centra-se, precisamente, na constatação de que, embora formalmente estruturado como plano coletivo, o contrato em questão corresponde, na prática, a um contrato coletivo por adesão, destituído de qualquer efetiva representatividade associativa ou empresarial, beneficiando, tão somente, o núcleo familiar. Por essa razão, sustenta que, dada a manifesta fragilidade do grupo contratado — cuja redução numérica implica evidente assimetria na relação com a operadora —, mostra-se imperioso o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor, atraindo-se, por consequência, a aplicação dos critérios próprios dos planos individuais, notadamente no que se refere à regulação dos reajustes anuais.

Segundo explicitado pela ANS no seu sítio na rede mundial de computadores (vide: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/nota-de-esclarecimento-sobre-planoscoletivos> ; acesso em 27/11/2023): “6. São considerados “falsos” coletivos os contratos coletivos por adesão compostos por indivíduos sem nenhum vínculo representativo com a entidade contratante do plano de saúde. Por não terem representatividade, esses grupos ficavam mais vulneráveis. Para dar fim a essa situação, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 195/2009, que regulamentou a necessidade de vínculo associativo, de classe ou empregatício para adesão a um contrato coletivo. Essa resolução trouxe uma série de benefícios para os consumidores, como a definição do conceito de quem pode ser contratante; a proibição de mais de um reajuste por ano (com exceção do reajuste por faixa etária, que pode coincidir com o anual); e novas regras para carência e cobertura parcial temporária. (...) 10. Todo e qualquer incentivo à prática de conduta inadequada, como, por exemplo, ao ingresso em um plano coletivo por adesão sem que o contratante seja membro da associação, sindicato ou entidade de classe, é passível de punição à operadora. Nesse caso, o vínculo será considerado individual e a operadora responsável será multada de acordo com o disposto no Artigo 20-D da Resolução Normativa nº 124/2006: (...)”.

Conforme teor do art. 9º, §3º da Resolução Normativa nº 195/2009, então vigente à época



da contratação (posteriormente revogada pela RN Nº 557, DE 14/12/22), caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput daquele dispositivo e a condição de elegibilidade do beneficiário. Inobservada tal obrigação, incide a regra prevista no art. 32 da mesma norma, o qual orienta 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.

Em razão do número reduzido de participantes, o contrato celebrado não atende ao princípio da mutualidade, em que há socialização dos prejuízos pelos integrantes da carteira. Daí os reajustes em percentuais superiores aos autorizados pela ANS viola o artigo 51, IX e XI, do CDC, e provoca desequilíbrio na relação contratual estabelecida entre as partes, contrariando a natureza do contrato.

A tese invocada pela demandante encontra amparo na jurisprudência, inclusive no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, que já sedimentou ser possível, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo seja tratado como individual ou familiar quando possuir número reduzido de participantes, conforme se verifica das ementas abaixo colacionadas.

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NÚMERO REDUZIDO DE PARTICIPANTES. "FALSO COLETIVO". NATUREZA INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CONVÊNIO. APRECIÇÃO DA MATÉRIA. REEXAME DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS, FATOS E PROVAS. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. O STJ admite, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo seja tratado como individual ou familiar quando possuir número reduzido de participantes. 2. Alterar o entendimento do tribunal de origem a respeito da natureza do contrato, se efetivamente coletivo, demandaria a interpretação de cláusulas contratuais e a revisão de provas, a atrair a aplicação das Súmulas n. 5 e 7 do STJ. 3. Agravo interno desprovido. (STJ - AgInt no REsp n. 2.003.889/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 24/4/2023, DJe de 26/4/2023.)

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. (AgInt no REsp n. 1.880.442/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 2/5/2022, DJe de 6/5/2022).

No mesmo sentido:

PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. NÚCLEO FAMILIAR. REAJUSTE ANUAL. APLICAÇÃO DOS REAJUSTES APROVADOS PELA ANS AOS CONTRATOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES. 1. Segundo o STJ entende que "é possível afirmar que o contrato do requerente deveria ter natureza familiar, podendo ser denominado de falso coletivo, o que possibilita a adoção excepcional dos índices fornecidos pela ANS para os contratos individuais e /ou familiares."(REsp 2060050, dje. 13/04/23. 2. Elementos que apontam na direção de uma "falsa coletivização", por contar o ajuste com apenas oito vidas seguradas, todos do mesmo grupo familiar da contratante. Hipótese que reclama tratamento legal e regulamentar análogo ao contrato individual /familiar, a autorizar a aplicação dos índices aprovados pela ANS no mesmo período. 3. Precedentes deste E. Tribunal e do E. STJ. 4. Restituição dos valores pagos a maior na forma simples. 3. Recurso parcialmente



provido. Decisão unânime. (TJPE - Apelação Cível [0002794-19.2022.8.17.2218](#), Rel. RUY TREZENA PATU JÚNIOR, Gabinete do Des. Ruy Trezena Patu Júnior (2ª CC), julgado em 05/09/2023)

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO FALSO COLETIVO. ABUSIVIDADE MANIFESTA. LIMITAÇÃO AOS ÍNDICES AUTORIZADOS PELA ANS. 1. Aplicase o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde (Súmula 608/STJ) que determina que as cláusulas contratuais sejam interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, sendo nulas as cláusulas que estabelecem obrigações consideradas injustas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou que sejam incompatíveis com a boa-fé objetiva e a equidade. 2. Pela leitura dos autos, resta evidente que trata-se em verdade do comumente chamado plano FALSO COLETIVO. 3. “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.” 4. Perfaz-se os parâmetros indicados pelo Superior Tribunal de Justiça, de modo que não cabe outra solução senão tratar o presente vínculo como um plano de saúde familiar, devendo se adequar às normas legais definidas pela Lei 9656/98 a qual possibilita os reajustes por mudança de faixa etária e os reajustes anuais estabelecidos pela ANS. (TJPE - AC: [00342315520198172001](#), Relator: Des. Antenor Cardoso Soares Junior, Data de Julgamento: 10/06/2021, Gabinete da 1ª Vice Presidência Segundo Grau).

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. FALSO COLETIVO POR ADESÃO. VÍNCULO DIRETO E INDIVIDUAL COM A OPERADORA. REENQUADRAMENTO CONTRATUAL. REAJUSTE ANUAL E POR FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE. ESTATUDO DO IDOSO. TEMA 952/STJ. APLICAÇÃO DE OUTRO ÍNDICE. 1. Configurado falso plano coletivo por adesão, em que o beneficiário não tem relação com a suposta entidade contratante, o vínculo passa a ser considerado individual. Assim, constitui dever da operadora fornecer à beneficiária a continuação do plano de saúde sob a modalidade individual. 2. A Resolução Normativa ANS n. 195/09 dispõe que cabe à administradora de benefícios e operadora do plano assistencial verificar e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial contratante, bem como a condição de elegibilidade do beneficiário, sob pena de constituir vínculo direto com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar. 3. No caso, o quadro probatório aponta para a caracterização do contrato como falso coletivo, afastando a incidência dos percentuais de reajuste anuais e etários aplicados a planos coletivos. 4. Em embargos de divergência (EAREsp 676.608/RS), julgado no dia 21/10/2020, o Superior Tribunal de Justiça assentou que a repetição em dobro do indébito (CDC, art. 42, parágrafo único) independe da natureza do elemento volitivo do fornecedor, porém, modulou os efeitos da tese aprovada, unicamente em relação às cobranças indevidas em contratos de consumo que não envolvam prestação de serviços públicos pelo Estado ou por concessionárias, as quais apenas serão atingidas pelo novo entendimento quando pagas após a data da publicação do acórdão, ou seja, a partir de 30/03/2021. 4.1. De acordo com a jurisprudência de outrora incidente no presente caso, a repetição do indébito em dobro exige a demonstração de má-fé, o que não se verificou. 5. Apelação conhecida e provida em parte. (TJDFT - Relator Des. Fábio Eduardo Marques - Processo: 07043910320198070007; Órgão julgador: 7ª Turma Cível; julgado em 23/11/2022, publicado em 05/01/2023).

Dito isto, acolho o pedido formulado na petição inicial para fins de substituir os reajustes anuais por aqueles autorizados pela ANS.

Eventuais valores pagos a maior devem ser apurados e restituídos na forma simples, por ser notória a ausência de má-fé, até mesmo porque vinha sendo observado a sistemática contratada pela autora, somente havendo alteração em face da tese da qual se socorre a demandante e como dito, acolhida pela jurisprudência.



É relevante ressaltar que dita tese não interfere nos reajustes por faixa etária, vez que não trazem, por si só, diferenciação relacionada à natureza do contrato, se coletivo/empresarial ou individual.

Pelo exposto, com fulcro no art. 487, I do CPC, extingo o Processo com resolução de mérito e **julgo procedentes** os pedidos contidos na inicial para fins de: (i) Convolar a medida liminar concedida sob o Id. 233235108 em tutela definitiva, determinando-se a substituição do contrato de plano de saúde coletivo por contrato de natureza familiar, assegurando-se, contudo, a manutenção dos reajustes por mudança de faixa etária nos termos contratuais, bem como a substituição dos reajustes anuais já aplicados e dos que vierem a incidir por aqueles autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para os contratos individuais/familiares; (ii) condenar a parte ré a restituir os valores eventualmente pagos a maior, na forma simples, observando-se a prescrição trienal prevista no art. 206, § 3º, IV, do Código Civil de 2002, de modo que não serão alcançados pela condenação os valores anteriores a 04/02/2023. Sobre o montante a ser restituído deverá incidir correção monetária a ser calculada na forma preconizada na Lei 14.905/2024, a partir do evento danoso, correspondente ao desembolso de cada mensalidade indevidamente paga, acrescida de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, estes contados a partir da citação; e (iii) diante da sucumbência, condenar a parte ré no pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em 10% (dez por cento) sobre o valor da condenação, tudo devidamente corrigido e acrescido de juros legais, na forma acima explicitada.

Publique-se. Intimem-se.

Em caso de oposição de Embargos de Declaração, renove-se de imediato a conclusão processual. Para a hipótese de ser interposto Recurso de Apelação, proceda-se à intimação da parte recorrida para que apresente Contrarrazões, querendo, no prazo de 15 dias. Encerrado dito prazo, remetam-se os autos ao Tribunal de Justiça.

Certificado o trânsito em julgado, incorrentes pendências relativas ao custeio da atividade jurisdicional e nada mais sendo requerido, archive-se, sem prejuízo de posterior ingresso de fase de cumprimento de sentença.

Recife, data de assinatura eletrônica.

Juiz de Direito em exercício

