



Poder Judiciário
JUSTIÇA ESTADUAL
Cível - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
Juízo Titular I - 4ª Vara Cível - Regional I - Santana

Avenida Engenheiro Caetano Álvares, 594, 2º andar - Avenida A - Salas 207 e 209 - Bairro: Casa Verde - CEP: 02520310 - Fone: (11) 3951-2525
Email: upj1a5cvsantana@tjsp.jus.br

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL Nº 1009379-71.2025.8.26.0001/SP

AUTOR: -----

RÉU: -----

SENTENÇA

Vistos.

----- moveu a presente ação de conhecimento contra ----- alegando, em síntese, que é beneficiária de plano de saúde operado pela ré desde MAR/2021. O plano foi inicialmente contratado pelo valor de R\$ 10.111,12 para duas vidas e atualmente a mensalidade corresponde a R\$ 19.646,12, também para duas vidas. A ré vem aplicando sucessivos reajustes abusivos sobre o valor das mensalidades, utilizando justificativas genéricas e imprecisas, lastreadas em obscuros parâmetros de variação de custos médicos hospitalares (VCMH) e/ou sinistralidade. O aumento total desde a contratação representa 94,30%, sem qualquer justificativa ou demonstração que comprove a necessidade do reajuste. O plano contratado é um "falso coletivo", modalidade que consiste na oferta de planos coletivos a grupos sem vínculo real e efetivo, como pequenas empresas, unicamente existentes com o objetivo de burlar as regras da ANS e aplicar reajustes abusivos. O plano oferece cobertura para 6 vidas, sendo todos membros da mesma família, caracterizando-se como beneficiários idosos o Sr. ----- e a Sra. -----, ambos com 74 anos de idade. Há aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao caso, conforme Súmula 608 do STJ, e que a ré não apresentou qualquer demonstração que justifique o reajuste aplicado na mensalidade do plano de saúde, não demonstrou aumento de sinistralidade nem outro fato novo que desse ensejo ao reajuste elevado. A apresentou cálculo demonstrando que, se fossem aplicados apenas os índices da ANS, a mensalidade seria significativamente menor, resultando em um prejuízo mensal de R\$ 9.535,00, totalizando R\$ 114.420,00 em doze meses. Requereu a concessão de tutela provisória de urgência para que a ré suspenda os aumentos praticados nas mensalidades do plano de saúde, aplicando apenas os índices autorizados pela ANS; ao final sejam os pedidos julgados procedentes com a declaração de ilegalidade e abusividade das cláusulas que preveem reajustes com base em cálculos ininteligíveis e unilaterais da análise de sinistralidade; a condenação da ré à restituição de todos os valores pagos a maior, devidamente corrigidos desde o desembolso com juros legais, observando-se o prazo prescricional trienal. Com a inicial vieram documentos.

A tutela foi indeferida. Foi interposto o recurso de agravo de instrumento registrado sob nº 209041439.2025.8.26.0000, em que foi deferido o efeito suspensivo impondo à ré que suspenda os reajustes aplicados, substituindo os índices por aqueles autorizados pela ANS, sob pena de multa diária de R\$ 5.000,00 limitada a R\$ 50.000,00.

A ré foi intimada em 01/04/2025.

A parte ré ofertou a contestação. Preliminarmente, alegou prescrição trienal da pretensão autoral, com base no Tema 610 do C. STJ, considerando que o contrato foi firmado em 2021, há mais de 3 anos do ajuizamento da ação, ocorrido em 19/03/2025, invocando o disposto no art. 206, §3º, IV do Código Civil. No mérito, esclareceu que se trata de plano de saúde coletivo por adesão, modalidade na qual uma entidade de classe estipula contrato com operadora para atendimento de pessoas com vínculo associativo, sendo que o autor apenas aderiu a contrato já existente. Defendeu a legalidade dos reajustes aplicados, afirmando que possuem previsão no Manual do Beneficiário entregue ao autor junto com sua Carteira de Identificação, com detalhamento dos percentuais aplicados nos anos anteriores (03/2021: 0,00%; 03/2022: 7,66%; 03/2023: 19,9%; 03/2024: 23,4%; 03/2025: 21,98%). O índice de reajuste para planos coletivos por adesão não se confunde com o aplicável aos planos individuais e/ou familiares, não sendo submetido à aprovação prévia da ANS, mas apenas à fiscalização posterior pelo órgão regulador. O Código de Defesa do Consumidor se aplica apenas subsidiariamente aos contratos de planos de saúde, com base no art. 35-G da Lei 9.656/98, devendo-se observar os critérios da especialidade e cronologia, bem como a necessidade de preservar a viabilidade econômica do negócio. Pugnou pelo acolhimento da preliminar suscitada e, mérito, a improcedência dos pedidos autorais. Juntou documentos.

A parte autora replicou, f. 487. Após síntese processual, defendeu a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor ao caso, fundamentando na Súmula 608 do STJ, e sustentou sua hipossuficiência técnica frente à complexidade da metodologia de reajustes aplicada pela ré. Refutou a alegação de falha na prestação do serviço, argumentando que a questão central não é a qualidade do atendimento, mas a abusividade dos reajustes aplicados. Quanto à prescrição suscitada pela ré, invocou o Tema 610 do STJ, que fixa prazo prescricional de 3 anos para pretensão condenatória decorrente de declaração de nulidade de cláusula de reajuste em planos de saúde. No mérito, apontou a ausência de esclarecimentos sobre os critérios utilizados nos reajustes, destacando que o direito à informação é basilar na relação de consumo. Enfatizou o descumprimento do ônus da prova pela parte ré, que não



demonstrou a legalidade e necessidade dos reajustes aplicados (23,40% em 2024 e 21,98% em 2025). Caracterizou o plano como "falso coletivo", pois os dois beneficiários são membros da mesma família, prática que considera abusiva para burlar normas da ANS e aplicar reajustes superiores aos índices estabelecidos para planos individuais. Reiterou as alegações da inicial, impugnou as da ré, insistiu na inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6º do CDC, e requereu a procedência dos pedidos. A ré postulou pela produção de prova pericial atuarial.

O processo foi saneado em 28/04/2025. Na ocasião, foi declarada a incidência da prescrição trienal sobre as parcelas anteriores a 19/03/2022, fixados os pontos controvertidos, deferida a inversão do ônus da prova em favor do autor e determinada a produção de prova pericial atuarial (Evento 34).

É o relatório.

Fundamento e **DECIDO**.

Desnecessário o encerramento da instrução processual e a abertura de prazo para oferta de memoriais posto que a única prova produzida foi a prova pericial e as partes puderam se manifestar sobre o laudo, exercendo o contraditório e garantindo-se a ampla defesa.

Assim já se decidiu:

"PROCESSUAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PERÍCIA ANTERIOR AO JULGAMENTO ANTECIPADO. CERCEAMENTO DE DEFESA. INOCORRÊNCIA. SÚMULAS Nº 5 E 7/STJ. DEPOIMENTO. AUDIÊNCIA DE INSTRUÇÃO. RAZÕES FINAIS. APRESENTAÇÃO. INCOMPATIBILIDADE. I.

Devidamente justificada pelo Tribunal *a quo* a prescindibilidade da produção da prova oral, cuja dispensa provocou a alegação de cerceamento da defesa, o enfrentamento dessa matéria requer análise do âmbito fático, vedado ao STJ pelas Súmulas nº 5 e 7. II. A realização de perícia não impede o julgamento antecipado da lide, que por sua vez dispensa a apresentação de memoriais. III. Precedentes do Tribunal. IV. Recurso especial não conhecido." RESP 556070 / SE; RECURSO ESPECIAL nº 2003/0090699-4; Relator(a) Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR (1110); Órgão Julgador: T4 - QUARTA TURMA; Data do Julgamento: 17/08/2006; Data da Publicação/Fonte: DJ 18.09.2006 p. 322.

De início, impõe-se a análise da prejudicial de mérito referente à prescrição trienal das parcelas reclamadas pela parte autora. Tratando-se de demanda em que se discute a abusividade de reajustes aplicados à mensalidade de plano de assistência à saúde, a pretensão de restituição de valores pagos indevidamente submete-se ao prazo prescricional de três anos. A relação jurídica em exame possui natureza de trato sucessivo, renovando-se a suposta violação de direito mês a mês com o vencimento e o adimplemento de cada contraprestação pecuniária.

A matéria restou consolidada pelas diretrizes e entendimentos vinculantes das instâncias superiores do país, incidindo a regra especial de prescrição trienal prevista no Código Civil para as pretensões fundadas em enriquecimento sem causa. Nesse cenário, o limite da pretensão revisional e do ressarcimento foi adequadamente fixado na decisão de saneamento proferida nestes autos (Evento 34).

Por conseguinte, encontram-se prescritos os efeitos financeiros e o direito de postular a devolução de quaisquer parcelas pagas anteriormente ao triênio que antecede a propositura da demanda. Como a petição inicial foi distribuída em 19/03/2025 (Evento 1), encontram-se fulminadas pela prescrição as parcelas vencidas e pagas antes de 19/03/2022. Eventual condenação ao reembolso de quantias pagas a maior limitar-se-á, portanto, aos valores adimplidos a partir do referido marco temporal.

No mérito, a controvérsia repousa sobre a legalidade dos reajustes anuais aplicados pela operadora ré e a viabilidade de adequar os percentuais de cobrança aos parâmetros estabelecidos pelo órgão regulador.

Primeiramente, é inequívoca a incidência das regras protetivas do Código de Defesa do Consumidor à relação em exame.

A contratação de planos de saúde privados de assistência médica sujeita-se ao microssistema consumerista, que impõe o dever de boa-fé objetiva, equidade e transparência na elaboração e execução das cláusulas do contrato.

A operadora ré defende que a contratação se deu na modalidade coletiva, o que afastaria as limitações de preços destinadas aos planos individuais.

Todavia, a realidade do caso concreto demonstra que o plano de saúde conta com apenas dois beneficiários, consistentes em um casal de idosos de 74 anos pertencentes ao mesmo núcleo familiar. Trata-se do fenômeno conhecido na prática jurídica como falso coletivo, caracterizado quando a pessoa jurídica atua como mera estipulante para viabilizar a cobertura de grupo familiar restrito, utilizando-se da estrutura empresarial para contornar o controle estrito da agência reguladora sobre os reajustes de planos individuais.

Dessa forma, constatada a natureza de falso coletivo da avença celebrada, o contrato deve ser submetido ao regime protetivo próprio dos planos de saúde individuais e familiares. Essa equiparação legitima a intervenção do Poder Judiciário para readequar as mensalidades e expurgar taxas abusivas que coloquem o consumidor em extrema desvantagem.

Superada a premissa de que o contrato em exame está sujeito às regras de proteção do consumidor, cumpre examinar a dinâmica da produção da prova e as consequências jurídicas da conduta adotada pelas partes durante a instrução do processo. Em razão da hipossuficiência técnica e informativa do consumidor, o juízo determinou de forma expressa, na fase de saneamento, a inversão do ônus da prova em desfavor da operadora de plano de saúde (Evento 34). A facilitação da defesa dos direitos do consumidor em juízo constitui garantia fundamental de equilíbrio processual.

Caberia à ré, na condição de prestadora e detentora exclusiva dos dados financeiros, contábeis e estatísticos do plano de saúde, o encargo de provar a existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito afirmado na petição inicial. Essa repartição do ônus probatório em demandas envolvendo reajustes de planos coletivos encontra amplo respaldo na orientação jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça, que impõe à operadora de saúde o dever de demonstrar analiticamente o incremento de custos:

"EMENTA: DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE E VCMH. ÔNUS DA PROVA DA OPERADORA. ABUSIVIDADE DOS REAJUSTES. SÚMULAS 5 E 7/STJ. DECISÃO MONOCRÁTICA FUNDADA EM JURISPRUDÊNCIA CONSOLIDADA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. I. Caso em exame 1. Agravo interno interposto por operadora de plano de saúde contra decisão monocrática que não conheceu de recurso especial fundado no art. 105, III, da Constituição Federal, manejado em face de acórdão do Tribunal de Justiça estadual que, em ação cominatória cumulada com declaração de nulidade de cláusula contratual e restituição de valores, manteve sentença que afastou reajustes por sinistralidade e variação de custos médico-hospitalares (VCMH) em plano de saúde coletivo empresarial, substituiu-os pelos índices da ANS e condenou à devolução dos valores pagos a maior. 2. O acórdão de origem reconheceu a incidência do Código de Defesa do Consumidor com base na teoria finalista mitigada, em razão da vulnerabilidade técnica e econômica da contratante (pequena empresa, com poucos beneficiários), inverteu o ônus da prova e concluiu pela abusividade dos reajustes financeiros aplicados entre 2018 e 2023, diante da ausência de comprovação concreta, contábil e atuarial da necessidade dos índices por sinistralidade e VCMH. 3. A decisão monocrática considerou o recurso especial tempestivo e cabível, mas deixou de o conhecer, ao fundamento de que a revisão da conclusão de abusividade dos reajustes e da substituição pelos índices da ANS exigiria reexame do conjunto fático-probatório e das cláusulas contratuais (Súmulas 5 e 7/STJ), além de reconhecer que o acórdão recorrido está alinhado à jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça quanto ao dever da operadora de demonstrar, de forma minuciosa, a necessidade do reajuste por sinistralidade. II. Questão em discussão 4. A questão em discussão consiste em saber se o agravo interno é apto a afastar a decisão monocrática que não conheceu do recurso especial, notadamente quanto: (i) à possibilidade de conhecimento do recurso especial para reexaminar a conclusão do Tribunal de origem sobre a abusividade dos reajustes por sinistralidade e VCMH, a distribuição do ônus da prova e a substituição dos índices contratualmente aplicados pelos índices da ANS; e (ii) à legitimidade da decisão monocrática fundada na jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça, bem como à incidência dos óbices das Súmulas 5 e 7/STJ ao propósito recursal da operadora. III. Razões de decidir 5. O agravo interno é tempestivo, mas não apresenta fundamentos capazes de infirmar a decisão agravada, limitando-se a reiterar a pretensão de rediscutir a conclusão da Corte local quanto à abusividade dos reajustes e à necessidade de prova pericial atuarial. 6. O acórdão recorrido, à luz da teoria finalista mitigada, reconheceu a vulnerabilidade da contratante, aplicou o Código de Defesa do Consumidor, inverteu o ônus da prova em favor da parte consumidora e consignou que a operadora não demonstrou, por prova contábil e documental idônea, as causas fáticas, fórmulas de cálculo e fundamentos técnicos e atuariais que justificariam os aumentos por sinistralidade e VCMH no período, configurando abusividade. 7. A Corte de origem concluiu que a operadora se limitou a alegações genéricas sobre equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sem comprovar, concretamente, a elevação de custos médico-hospitalares e/ou da sinistralidade, o que inviabilizou a verificação da legalidade dos reajustes e ensejou a substituição dos índices praticados pelos autorizados pela ANS para planos individuais e familiares, bem como a restituição dos valores pagos a maior no triênio anterior ao ajuizamento. 8. Rever, na via especial, a conclusão de que os reajustes foram abusivos, por ausência de comprovação adequada da sinistralidade e dos critérios atuariais, demandaria reexame do conjunto fático-probatório e das cláusulas contratuais, providência vedada em recurso especial pelas Súmulas 5 e 7/STJ. 9. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de que a cláusula de reajuste por sinistralidade é, em tese, lícita, mas a sua aplicação depende da demonstração prévia, detalhada e transparente dos fundamentos técnicos, atuariais e dos extratos pormenorizados que evidenciem o aumento da sinistralidade; a ausência dessa demonstração torna abusiva a cobrança e autoriza o afastamento do reajuste e a adoção de índices substitutivos. 10. A decisão monocrática que não conheceu do recurso especial observou o art. 932, III e IV, do Código de Processo Civil e a Súmula 568/STJ, ao aplicar entendimento consolidado desta Corte sobre reajustes por sinistralidade em planos de saúde coletivos, ônus probatório da operadora e impossibilidade de revolvimento de fatos e provas, não havendo qualquer violação ao contraditório, à ampla defesa ou ao devido processo legal. 11. Diante da conformidade do acórdão recorrido com a jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça e da incidência dos óbices sumulares ao conhecimento do recurso especial, impõe-se a manutenção da decisão agravada. IV. Dispositivo 12. Agravo interno desprovido." (AgInt no REsp n. 2.234.673/SP, relatora Ministra Daniela Teixeira, Terceira Turma, julgado em 30/3/2026, DJEN de 7/4/2026).

Ocorre que, conforme atestado no laudo do perito judicial atuarial, a operadora ré não atendeu às determinações técnicas do especialista e permaneceu inerte, deixando de fornecer as bases de dados analíticas de receitas e despesas por apólice mensais solicitadas (Evento 102). Diante dessa conduta omissiva, restou inviabilizada qualquer validação técnica sobre a fidedignidade dos percentuais de sinistralidade e variação de custos hospitalares adotados pela operadora.

A inércia processual e o descumprimento do dever de cooperação probatória acarretam a preclusão

lógica e a impossibilidade de acolhimento das defesas da ré. Ao sonegar os dados primários indispensáveis à realização da perícia atuarial, a ré deixou de demonstrar a regularidade e o acerto dos reajustes de 23,40% aplicados em 2024 e de 21,98% em 2025, restando caracterizada a ausência de amparo técnico para as majorações pretendidas.

O exame pormenorizado das justificativas apresentadas para a elevação dos prêmios revela a patente abusividade das taxas cobradas pela operadora ré. Os reajustes técnicos e financeiros aplicados pela ré nos anos de 2022, 2023, 2024 e 2025 foram lastreados em pareceres atuariais genéricos que apenas indicam números consolidados de receitas e despesas (Evento 102). Como bem evidenciado no laudo pericial, essas tabelas carecem de detalhamento mínimo, apresentando inclusive divergências e inconsistências entre o número de beneficiários indicados e aqueles constantes das planilhas públicas oficiais do órgão regulador (Evento 102).

A conduta da ré em emitir os boletos contendo majorações elevadas sem prestar informações prévias, claras e analíticas viola frontalmente as diretrizes consumeristas. O consumidor não pode ser compelido a arcar com aumentos expressivos em suas obrigações financeiras sem que lhe seja dada a oportunidade de verificar a correção e a legitimidade dos fatores de cálculo utilizados pela fornecedora. Essa imposição unilateral de preços, destituída de comprovação técnica idônea, compromete a base do equilíbrio contratual e ofende o direito básico do consumidor à informação.

Para conter excessos e resguardar a integridade das relações contratuais, a legislação nacional de consumo elenca expressamente as condutas e as disposições contratuais que não encontram validade no ordenamento jurídico por caracterizarem desequilíbrio e abuso de direito:

"Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;

II - subtraíam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;

III - transfiram responsabilidades a terceiros;

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

V - (Vetado);

VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;

VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;

VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;

IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;

X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;

XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;

XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;

XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;

XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;

XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;

XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.

XVII - condicionem ou limitem de qualquer forma o acesso aos órgãos do Poder Judiciário; (Incluído pela Lei nº 14.181, de 2021)

XVIII - estabeleçam prazos de carência em caso de impontualidade das prestações mensais ou impeçam o restabelecimento integral dos direitos do consumidor e de seus meios de pagamento a partir da purgação da mora ou do acordo com os credores; (Incluído pela Lei nº 14.181, de 2021)

XIX - (VETADO). (Incluído pela Lei nº 14.181, de 2021)§ 1º Presume-se exagerada, entre outros

casos, a vantagem que:

I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.

§ 3º (Vetado).

§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes."

Portanto, diante da manifesta ausência de fundamentação atuarial, da falta de transparência nas fórmulas e da inércia probatória da ré em comprovar o fato gerador das despesas assistenciais do grupo, os reajustes anuais de 7,66% em 2022, 19,90% em 2023, 23,40% em 2024 e 21,98% em 2025 devem ser declarados nulos e inteiramente afastados por abusividade.

Diante do afastamento dos reajustes anuais declarados abusivos, surge a necessidade de estabelecer o índice de correção de preços aplicável ao contrato para preservar o sinalagma. Na ausência de dados empíricos fidedignos e de base analítica que pudessem legitimar os reajustes de sinistralidade e variação de custos apurados de forma unilateral, os percentuais máximos autorizados anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos individuais e familiares constituem a única referência objetiva e razoável. O perito atuarial concluiu, de forma expressa em seu laudo técnico, que a adoção de tais índices regulatórios é a medida cabível para readequar a relação econômica entre as partes e restaurar as mensalidades ao patamar justo (Evento 102).

A readequação das faturas mensais, com base nas tabelas de reajuste individual editadas anualmente pela agência reguladora, gera para a operadora de saúde ré o dever de restituir o indébito. A restituição deve ocorrer na forma simples, alcançando as mensalidades e as contraprestações que foram adimplidas em excesso pela contratante a partir de 19/03/2022, data fixada como limite para os efeitos pecuniários não atingidos pela prescrição (Evento 34). O reembolso simples é decorrência lógica do desfazimento das cobranças unilaterais indevidas, evitando-se o locupletamento ilícito da fornecedora de serviços.

Sobre o montante a ser ressarcido, apurável em fase de liquidação de sentença, incidirá correção monetária a partir de cada desembolso indevido, calculada de acordo com o IPCA/IBGE.

Além disso, as diferenças financeiras deverão ser acrescidas de juros moratórios legais correspondentes à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária calculado pelo IPCA/IBGE (caso a taxa legal apresente resultado negativo, este será considerado igual a 0 (zero) para efeito de cálculo dos juros no período de referência) desde a citação.

Eventuais argumentos do processo não analisados não o foram por não serem capazes de infirmar as conclusões retro (art. 489, IV, do CPC).

Posto isso, **julgo PROCEDENTE** o pedido, com lastro no artigo 487, I, do CPD, declarando a abusividade e a nulidade das taxas e dos reajustes anuais aplicados de forma unilateral pela operadora ré sob a justificativa de sinistralidade e de variação de custos médico-hospitalares (VCMH) nos períodos de MAR/2022, MAR/2023, MAR/2024 e MAR/2025 (Evento 102). Em substituição aos percentuais anulados, as mensalidades da apólice de seguro saúde sob exame devem ser corrigidas exclusivamente pelos índices anuais de reajuste autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os planos individuais e familiares no período correspondente; condeno a operadora ré a restituir de forma simples à autora os valores pagos em excesso decorrentes das diferenças entre as faturas efetivamente adimplidas e os valores recalculados com base no teto anual da agência reguladora (Evento 102). A obrigação de ressarcimento limita-se exclusivamente às parcelas pagas a partir de 19/03/2022 (Evento 34). O montante global da condenação deverá ser apurado em liquidação de sentença por **mero cálculo aritmético**, incidindo atualização monetária pelo IPCA/IBGE a partir de cada desembolso e juros moratórios legais correspondentes à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária calculado pelo IPCA/IBGE (caso a taxa legal apresente resultado negativo, este será considerado igual a 0 (zero) para efeito de cálculo dos juros no período de referência) desde a citação.

Em virtude da sucumbência, condeno a parte ré no pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios que arbitro em 10% do valor atualizado da causa, à luz do disposto no artigo 85, § 2º, do CPC.

Após a intimação do trânsito em julgado, aguarde-se o decurso do prazo de 30 (trinta) dias para que seja iniciado eventual incidente de cumprimento de sentença. Na inércia, arquivem-se os autos com baixa definitiva.

P.I.

São Paulo, 29/06/2026

JUIZO TITULAR I - 4ª VARA CÍVEL - REGIONAL I - SANTANA

Documento eletrônico assinado por **FERNANDA DE CARVALHO QUEIROZ**, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006. A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico https://eproc1g.tjsp.jus.br/eproc/externo_controlador.php?acao=consulta_autenticidade_documentos, mediante o preenchimento do código verificador **610012542684v2** e do código CRC **2fed3bdb**.

Informações adicionais da assinatura:
Signatário (a): FERNANDA DE CARVALHO QUEIROZ
Data e Hora: 29/06/2026, às 17:38:02

1009379-71.2025.8.26.0001

610012542684 .V2