



Poder Judiciário
JUSTIÇA ESTADUAL
Cível - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
Juízo Titular I - 7ª Vara Cível da Comarca de Guarulhos

Rua dos Crisântemos, 29, 13º andar - sala 1305 - Bairro: Vila Tijuco - CEP: 07091-060 - Fone: (11)2408-8122 - Email:
upj5a8cvguarulhos@tjsp.jus.br

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL Nº 4021052-83.2026.8.26.0224/SP

AUTOR: -----

RÉU: -----

SENTENÇA

Vistos.

Trata-se de ação revisional de mensalidade de plano de saúde cumulada com repetição de indébito e pedido de tutela de urgência ajuizada por -----, em face de -----.

A autora alegou, no evento 1, ter contratado plano de saúde formalmente coletivo empresarial, abrangendo apenas cinco beneficiários integrantes do mesmo núcleo familiar. Sustentou a configuração de “falso coletivo” e a abusividade dos reajustes anuais aplicados por sinistralidade e variação dos custos médico-hospitalares, sem demonstração clara e individualizada dos critérios utilizados. Requereu a substituição dos percentuais pelos índices autorizados pela ANS para os planos individuais e familiares, o recálculo das mensalidades e a restituição dos valores pagos a maior.

A tutela de urgência foi parcialmente deferida no evento 10, para assegurar a manutenção do contrato e impedir sua suspensão ou cancelamento, bem como a negativa de cobertura em razão dos valores controvertidos.

A ré apresentou contestação no evento 21. Impugnou o valor da causa e arguiu a prescrição trienal da pretensão restitutória. No mérito, defendeu a natureza coletiva empresarial do contrato e a regularidade dos reajustes por variação dos custos médico-hospitalares, sinistralidade e mudança de faixa etária, sustentando a observância das regras aplicáveis ao agrupamento dos contratos com menos de trinta beneficiários.

Houve réplica no evento 26.

Instadas a especificar provas, a autora requereu o julgamento antecipado no evento 33, enquanto a ré postulou a realização de perícia atuarial no evento 35.

É o relatório.

Fundamento e decido.

O feito comporta julgamento antecipado, nos termos do art. 355, I, do Código de Processo Civil.

A prova documental é suficiente para o exame da natureza jurídica da contratação e do regime de reajuste aplicável. A perícia atuarial requerida pela ré no evento 35 não se mostra necessária, pois a solução da controvérsia antecede a análise técnica da sinistralidade e da variação dos custos médico-hospitalares.

Com efeito, reconhecida a natureza atípica da contratação e sua equiparação material aos planos individuais ou familiares, os reajustes anuais devem observar os índices autorizados pela ANS, tornando irrelevante a apuração atuarial dos percentuais unilateralmente definidos para o agrupamento dos contratos coletivos.

A preliminar de impugnação ao valor da causa não merece acolhimento.

O valor atribuído pela autora corresponde à estimativa do proveito econômico pretendido, abrangendo a revisão das mensalidades e a restituição das diferenças alegadamente pagas a maior. A ré requereu sua redução sem apresentar cálculo concreto que demonstrasse a incorreção da estimativa constante da inicial.

No tocante à prescrição, a pretensão destinada ao reconhecimento da abusividade dos reajustes possui natureza declaratória e se refere a relação contratual de trato sucessivo, não se confundindo com a pretensão de restituição dos valores pagos.

A repetição do indébito, fundada na vedação ao enriquecimento sem causa, submete-se ao prazo prescricional de três anos, conforme orientação firmada pelo Superior Tribunal de Justiça no Tema 610.

A ação foi ajuizada em 19 de maio de 2026. Assim, estão prescritas apenas as pretensões de



restituição relativas aos pagamentos efetuados antes de 19 de maio de 2023, sem prejuízo do exame dos reajustes anteriores que tenham repercutido na composição das mensalidades posteriormente exigidas.

Superadas as preliminares, passo ao mérito.

A relação jurídica estabelecida entre as partes submete-se ao Código de Defesa do Consumidor, conforme a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça.

Embora formalmente denominado coletivo empresarial, o contrato discutido nos autos abrange somente cinco beneficiários ligados ao mesmo núcleo familiar.

A reduzida quantidade de participantes e a concentração dos beneficiários em um único grupo familiar afastam a efetiva mutualidade e a diluição do risco que caracterizam os contratos coletivos empresariais típicos.

A mera existência de pessoa jurídica estipulante e de vínculo societário ou empresarial formal entre alguns dos beneficiários e a contratante não é suficiente, por si só, para conferir natureza genuinamente coletiva ao negócio. Deve prevalecer a realidade material da contratação, especialmente quando o grupo segurado é diminuto, fechado e composto exclusivamente por familiares, sem demonstração de efetiva coletividade de trabalhadores ou de poder real de negociação perante a operadora.

Trata-se, portanto, de contrato coletivo atípico, denominado pela jurisprudência de “falso coletivo”, utilizado formalmente como plano empresarial, mas materialmente destinado à cobertura de núcleo familiar determinado.

O Superior Tribunal de Justiça admite, em caráter excepcional, a equiparação dos contratos coletivos atípicos com número reduzido de beneficiários aos planos individuais ou familiares, especialmente quando ausente a efetiva dispersão dos riscos e o poder de negociação inerente às contratações coletivas genuínas.

Sobre o tema, segue entendimento do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. MICROEMPRESA COM TRÊS BENEFICIÁRIOS DO MESMO NÚCLEO FAMILIAR. REAJUSTES POR SINISTRALIDADE E VCMH. ABUSIVIDADE RECONHECIDA. APLICAÇÃO DOS ÍNDICES DA ANS PARA PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES. RESTITUIÇÃO DE VALORES PAGOS A MAIOR. PRESCRIÇÃO TRIENAL. RECURSO DESPROVIDO. 1. Reconhecida a configuração de falso coletivo quando o plano de saúde, formalmente empresarial, beneficia apenas três pessoas do mesmo núcleo familiar vinculadas a microempresa, sem qualquer justificativa empresarial legítima para a contratação coletiva, evidenciando artifício para burlar as normas protetivas aplicáveis aos contratos individuais e familiares. 2. 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, 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 e os índices de reajuste fixados pela ANS. 3. Os reajustes por sinistralidade e variação de custos médico-hospitalares aplicados em contratos reconhecidos como falso coletivo são abusivos, pois colocam o consumidor em desvantagem exagerada, impondo-se a aplicação exclusiva dos percentuais anuais autorizados pela ANS para planos individuais e familiares. 4. A restituição dos valores pagos a maior decorre do princípio da vedação ao enriquecimento sem causa, observada a prescrição trienal para a repetição do indébito, conforme orientação firmada pelo Superior Tribunal de Justiça em sede de recurso repetitivo. 5. A realização de perícia atuarial é desnecessária quando a controvérsia repousa sobre questão de direito e fatos incontroversos, sendo suficientes os documentos dos autos para o julgamento da causa, não configurando cerceamento de defesa o julgamento antecipado da lide. (TJ-SP Apelação Cível: 10036859120258260011 São Paulo, Relator.: JOAO JOSE CUSTODIO DA SILVEIRA, Data de Julgamento: 12/12/2025, Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma VII (Direito Privado 1), Data de Publicação: 12/12/2025)

DIREITO DO CONSUMIDOR; APELAÇÃO; PLANO DE SAÚDE COLETIVO; FALSO COLETIVO; REAJUSTE ABUSIVO; PROCEDÊNCIA MANTIDA I – CASO EM EXAME: Autor pessoa jurídica ajuizou ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos materiais alegando aplicação de reajustes abusivos em contrato de plano de saúde coletivo empresarial celebrado com a ré. Pleiteou nulidade dos reajustes anuais desde 2024, substituição pelos índices autorizados pela ANS para planos individuais/familiares e restituição dos valores pagos a maior. Sentença julgou procedente a ação. II – QUESTÃO EM DISCUSSÃO: Preliminar de cerceamento de defesa por ausência de perícia atuarial. No mérito, discute-se a natureza jurídica do contrato de plano de saúde coletivo empresarial com apenas dois beneficiários, caracterização de "falso coletivo", regime de reajustes aplicável (livre negociação ou índices ANS), abusividade dos percentuais de 23,40% (2023) e 21,98% (2024) versus índices ANS de 9,63% e 6,91%, e direito à repetição do indébito. III – RAZÕES DE DECIDIR: Rejeitada preliminar de cerceamento, pois magistrado é destinatário final das provas. Prova pericial desnecessária ante reconhecimento de falso coletivo. Contrato formalmente coletivo empresarial, mas com apenas dois beneficiários do mesmo núcleo familiar, caracteriza "falso coletivo". Ausência de mutualidade e diluição de risco inerentes aos contratos coletivos típicos. Configuração aproxima beneficiários de consumidores de planos individuais. Vulnerabilidade evidenciada pela falta de poder de negociação. Aplicável regime jurídico dos planos individuais/familiares, sujeitando-se aos índices ANS. Incidência do CDC (Súmula 608 STJ). Reajustes aplicados (23,40% e 21,98%) substancialmente superiores aos índices ANS (9,63% e 6,91%), totalizando variação acumulada de 45,38% versus 16,54%, revelando desproporcionalidade e onerosidade excessiva. Reajuste por sinistralidade inadmissível em falso coletivo por ausência de mutualidade. Restituição devida por enriquecimento sem causa (art. 884 CC). Prescrição trienal aplicável (Tema 610 STJ). Correção monetária desde desembolso e juros desde citação, observada Lei 14.905/24 (Tema 1.368 STJ): Taxa Selic até vigência da lei, após IPCA mais Selic deduzido IPCA. IV – DISPOSITIVO E TESE: Negado provimento ao recurso. Sentença de procedência mantida. Honorários majorados para 15% do valor da condenação. Tese: Contrato de plano de saúde coletivo empresarial com número reduzido de beneficiários (inferior a trinta vidas) do mesmo núcleo familiar configura "falso coletivo", devendo ser-lhe aplicado regime jurídico dos planos individuais/familiares, com submissão aos índices de reajuste fixados pela ANS, sendo abusivos e nulos reajustes que superem substancialmente tais percentuais, com direito à restituição dos valores pagos a maior observada prescrição trienal. Legislação citada: CPC, arts. 355, I, 1.010, § 3º, 1.013, 85, § 11; CDC, arts. 47, 51, X; Lei 9.656/98, art. 13, parágrafo único, II; CC, arts. 389, parágrafo único, 406, § 1º, 884; Lei 14.905/24;

Resolução Normativa ANS 309/2012; Súmula 608 STJ; Temas 610 e 1.368 STJ; REsp 1.701.600/SP; AgInt no REsp 1.932.552/SP. (TJ-SP - Apelação Cível: 10175041820258260554 Santo André, Relator.: João Battaus Neto, Data de Julgamento: 15/12/2025, Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado I), Data de Publicação: 15/12/2025)

A submissão formal do contrato ao agrupamento de apólices com menos de trinta beneficiários não modifica essa conclusão. O agrupamento administrativo de contratos não cria coletividade substancial dentro da apólice nem confere à estipulante poder efetivo de negociação. Tampouco afasta a vulnerabilidade dos beneficiários ou autoriza a imposição de reajustes anuais próprios dos contratos coletivos típicos.

Os reajustes anuais por sinistralidade e variação dos custos médico-hospitalares são incompatíveis com a realidade material da contratação. Em grupo formado por apenas cinco integrantes da mesma família, não há base coletiva própria apta a proporcionar adequada diluição do risco, ficando os consumidores sujeitos a aumentos definidos unilateralmente pela operadora, sem a proteção regulatória conferida aos planos individuais e familiares.

Além disso, incumbia à ré demonstrar, de maneira clara, acessível e individualizada, os fatos concretos que deram origem a cada percentual aplicado, conforme os arts. 6º, III, e 373, II, do CPC.

Os documentos juntados no evento 21 descrevem a metodologia geral de agrupamento e os critérios abstratos de reajuste, mas não afastam a natureza materialmente familiar da contratação. Relatórios referentes ao conjunto da carteira ou elaborados a partir de informações fornecidas pela própria operadora não modificam o reduzido universo de beneficiários da apólice nem restabelecem a mutualidade própria de um contrato coletivo empresarial genuíno.

A cláusula contratual que autoriza reajustes por sinistralidade ou variação dos custos médico-hospitalares, embora não seja abstratamente ilícita em contratos coletivos típicos, não pode ser aplicada de modo a inserir o consumidor em desvantagem exagerada ou permitir elevação unilateral da mensalidade sem os limites regulatórios compatíveis com a verdadeira natureza do negócio, conforme os arts. 47 e 51, IV e X, do CDC.

Devem ser afastados, portanto, os reajustes anuais por sinistralidade e variação dos custos médico-hospitalares aplicados durante o período contratual, substituindo-os pelos índices anuais autorizados pela ANS para os planos individuais e familiares nos respectivos períodos.

A substituição deve alcançar a evolução da mensalidade desde o primeiro reajuste anual impugnado, inclusive para recomposição da base de cálculo das mensalidades posteriores, sob pena de perpetuação dos efeitos dos percentuais reconhecidos como abusivos.

A solução, contudo, não alcança automaticamente os reajustes decorrentes de mudança de faixa etária.

Os reajustes anuais e os reajustes etários possuem fundamentos distintos. A pretensão acolhida refere-se à substituição dos aumentos anuais por sinistralidade e VCMH. Os reajustes por mudança de faixa etária deverão ser preservados desde que tenham sido aplicados nas ocasiões e nos percentuais previstos no contrato e em conformidade com a legislação e regulamentação aplicáveis.

Não se admite, apenas, que a nova base de cálculo mantenha incorporados os reajustes anuais ora afastados. Assim, os percentuais etários válidos deverão incidir sobre a mensalidade previamente recalculada mediante aplicação dos índices anuais da ANS.

Reconhecida a cobrança indevida, a autora tem direito à restituição simples das diferenças pagas, sob pena de enriquecimento sem causa da ré, nos termos do art. 884 do Código Civil.

Não há fundamento suficiente para devolução em dobro, pois a controvérsia decorre da interpretação da natureza do contrato e do regime jurídico de reajuste aplicável, sem demonstração de conduta contrária à boa-fé objetiva que justifique a sanção do art. 42, parágrafo único, do CDC.

A restituição deverá observar a prescrição trienal, ficando limitada aos pagamentos realizados a partir de 19 de maio de 2023.

Os valores deverão ser apurados mediante simples cálculo aritmético, considerando-se: a) a mensalidade correspondente ao período imediatamente anterior ao primeiro reajuste anual impugnado; b) a substituição dos reajustes anuais por sinistralidade e VCMH pelos índices autorizados pela ANS para planos individuais e familiares em cada período; c) a preservação dos reajustes por mudança de faixa etária que tenham sido regularmente aplicados; d) a consideração das inclusões e exclusões de beneficiários ocorridas durante a vigência contratual; e) a dedução ou compensação das mensalidades efetivamente pagas.

A correção monetária incidirá desde cada desembolso indevido e os juros de mora a partir da citação.

Até a entrada em vigor da Lei nº 14.905/2024, deverá ser observada a taxa Selic, que compreende correção monetária e juros de mora, vedada sua cumulação com outro índice no mesmo período. Após a entrada em vigor da referida lei, a atualização monetária observará o IPCA e os juros legais corresponderão à taxa Selic deduzida a variação do IPCA, nos termos dos arts. 389, parágrafo único, e 406, § 1º, do Código Civil, preservada a vedação à incidência de encargos negativos.

A tutela provisória deferida no evento 10 deve ser confirmada e ampliada para adequar a cobrança ao regime reconhecido nesta sentença, assegurando-se a continuidade da assistência à saúde e impedindo que a ré suspenda ou cancele o contrato em razão das diferenças decorrentes dos reajustes ora afastados.

Ante o exposto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido para:

- a) reconhecer que o contrato objeto da demanda, embora formalmente coletivo empresarial, possui natureza material de plano familiar, configurando contrato coletivo atípico ou “falso coletivo”;
- b) declarar a abusividade e a inexigibilidade dos reajustes anuais por sinistralidade e variação dos custos médico-hospitalares aplicados ao contrato;
- c) determinar que a ré recalcule as mensalidades desde o primeiro reajuste anual impugnado, substituindo os percentuais por sinistralidade e VCMH pelos índices anuais autorizados pela ANS para os planos individuais e familiares nos respectivos períodos;
- d) determinar que os reajustes anuais autorizados pela ANS incidam de forma sucessiva e não cumulativa com os percentuais afastados, recompondo-se a base de cálculo das mensalidades posteriores;
- e) preservar os reajustes decorrentes de mudança de faixa etária que tenham sido aplicados nas ocasiões, condições e percentuais contratualmente previstos e em conformidade com a regulamentação aplicável, devendo incidir sobre a mensalidade já recalculada;
- f) condenar a ré a restituir, de forma simples, os valores pagos a maior a partir de 19 de maio de 2023, a serem apurados mediante simples cálculo aritmético, observados os critérios estabelecidos nesta sentença;
- g) determinar que a ré, no prazo de 30 dias, apresente demonstrativo discriminado da evolução das mensalidades, indicando, mês a mês, o valor efetivamente cobrado, o reajuste aplicado, o índice da ANS cabível, os reajustes etários eventualmente incidentes e o valor recalculado;
- h) confirmar a tutela provisória deferida no evento 10 e determinar que a ré, após o prazo de 30 dias para elaboração do cálculo, passe a emitir as mensalidades futuras conforme os critérios definidos nesta sentença, abstendo-se de suspender ou cancelar o contrato ou negar cobertura em razão das diferenças decorrentes dos reajustes afastados.
- i) reconheço a prescrição da pretensão de restituição quanto aos pagamentos efetuados antes de 19 de maio de 2023, resolvendo o mérito nessa extensão, nos termos do art. 487, II, do CPC;

Em caso de divergência quanto aos cálculos apresentados, a apuração será realizada em cumprimento de sentença, mediante apresentação de memória discriminada pelas partes, sem necessidade de perícia atuarial, ressalvada a possibilidade de encaminhamento a profissional contábil se houver controvérsia exclusivamente matemática.

Por consequência, julgo extinto o processo, com resolução do mérito, nos termos do art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

Diante da sucumbência mínima da autora, condeno a ré ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como de honorários advocatícios, que fixo em 10% sobre o valor da causa, nos termos do artigo 85, § 2º do CPC.

Fica advertida a ré de que o descumprimento da obrigação de recálculo e adequação das mensalidades poderá ensejar a adoção de medidas executivas e a fixação de multa, a serem apreciadas na fase de cumprimento.

Eventuais embargos de declaração deverão observar estritamente as hipóteses do art. 1.022 do CPC, não se prestando à rediscussão do mérito, sob pena de aplicação da multa prevista no art. 1.026, § 2º, do mesmo diploma.

Após o trânsito em julgado, aguarde-se provocação da parte interessada pelo prazo legal. Nada sendo requerido, arquivem-se.

P.I.C.

Documento eletrônico assinado por **NATÁLIA SCHIER HINCKEL, Juíza de Direito**, 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 **610016078927v2** e do código CRC **49fd015c**.

Informações adicionais da assinatura:
Signatário (a): NATÁLIA SCHIER HINCKEL
Data e Hora: 24/08/2026, às 15:02:49
