



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

7ª Câmara Cível Especializada - Recife

- F:(
)

Processo nº **0011304-22.2024.8.17.2001**

APELANTE: ---- SEGURO SAUDE

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

APELAÇÃO CÍVEL (09)Nº 0011304-22.2024.8.17.2001

APELANTE: ---

APELADOS: -----

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

RELATÓRIO

Trata-se de apelação interposta contra sentença proferida pelo Juízo da Seção B da 25ª Vara Cível da Capital, em sede de ação de obrigação de fazer, cujo relatório fica incorporado e que tem esta parte dispositiva: “(...) Ante o exposto, com base nos ditames da legislação do consumidor (Lei nº 8.078/90) e no art. 487, I c/c o art. 355, I, esses últimos do Novo Código de Processo Civil, julgo **PROCEDENTE** a presente ação para: a) decretar a nulidade das cláusulas contratuais que preveem que o reajuste anual do seguro-saúde contratado pelos autores se deem em percentual diverso daquele definido pela ANS, de modo a equiparar o presente contrato com o contrato de seguro-saúde familiar/individual; b) condenar os demandados a restituírem aos autores os valores cobrados à maior, a ser apurado em eventual liquidação de sentença, que deverá ser atualizado pela tabela do ENCOGE, a partir da data do dano, e com incidência de juros de mora de 1% ao mês, a partir da citação, tudo até o efetivo pagamento, levando-se ainda em conta o prazo prescricional de 03 (três) anos do ajuizamento da presente ação. Condeno a ré em custas processuais e honorários de sucumbência, estes fixados em 15% sobre o valor total da condenação. (...)” (id 53998443).

A Apelante -----, em suas razões recursais (id 53998447), pugna pela reforma da sentença, sob os seguintes argumentos: i) que não há como se substituir o plano coletivo por familiar, vez que não efetiva comercialização de planos familiares, tampouco, de planos individuais; ii) que o downgrade imposto, importa em novo vínculo contratual, tendo por objeto produto; iii) a decretação de nulidade das cláusulas que prevejam majoração de mensalidade em razão da mudança de faixa etária, além de contrariar a lógica atuarial do sistema securitário, afronta a legislação regente da matéria, que expressamente prevê tal possibilidade de reajuste não é mais comercializado; iv) defende a validade dos reajustes anuais e por variação de custos, conforme regulamentação da ANS, destacando que tais aumentos refletem a inflação médica e o aumento da utilização dos serviços de saúde; v) necessidade de preservação do equilíbrio atuarial e da solvência do sistema de saúde suplementar, sob pena de inviabilizar a continuidade da prestação dos serviços; vi)



inexistência de vício de vontade ou nulidade contratual, defendendo a plena validade do negócio jurídico celebrado, sob a égide do princípio do *pacta sunt servanda*; vii) que os honorários devem ser fixados no mínimo legal, por se tratar de causa de pequeno manejo, de valor reduzido que não necessitou de dilação probatória; viii) que não há qualquer demonstração de irregularidade ou ilegalidade na conduta da apelante, passível de reprimenda judicial e que possa ensejar qualquer eventual repetição de indébito. Ao final, requer a reforma integral da sentença, para julgar improcedentes os pedidos iniciais ou, subsidiariamente, reconhecer a validade das cláusulas de reajuste por faixa etária, com a redução dos honorários de sucumbência para o mínimo legal.

Preparo devidamente realizado (id's 53998449 e 53998450).

A parte apelada apresentou contrarrazões sob id 53998452, pugnando pelo total desprovimento da apelação interposta pela seguradora de saúde.

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
Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÃO CÍVEL (09)Nº 0011304-22.2024.8.17.2001

APELANTE: -----

APELADOS: -----

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

V O T O

Preenchidos os requisitos de admissibilidade, passo ao exame das alegações da Recorrente.

O cerne do recurso diz respeito ao reconhecimento do plano contratado como “*falso coletivo*” e, adicionalmente, sobre eventuais danos materiais decorrentes da falsa coletivização.

A pretensão da operadora de saúde de reforma da sentença impugnada não reúne condições de êxito, na medida em que os argumentos desafiados na peça recursal não logram em desconstituir os fundamentos decisórios.

Isso porque de acordo com o art. 16, VII, da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde – LPS), os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes diferentes, quais sejam: individual/familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão.



A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por meio da Resolução Normativa 557/22, definiu em seu art.3º que: *“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”*.

Por outro lado, a resolução acima mencionada, em seu art. 5º prevê que: *“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”*.

Assim, 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 presente caso, é incontroverso que as partes celebraram contrato para a constituição de plano de saúde empresarial. Nada obstante, a contratação se deu em favor de apenas **6 (seis) beneficiários**, todos da mesma família (genitora, filho, mãe, irmã, cunhado e sobrinho).

Assim, denota-se que a apólice se dedica aos membros de uma mesma família e conta com número reduzido de vidas, tendo sido firmada em benefício de um grupo familiar integrado pelos sócios da pessoa jurídica e seus parentes.

Em tais situações, não há efetiva negociação do reajuste em paridade de condições entre os contratantes, mas, em realidade, uma das partes é que acaba por suportar o índice de reajuste aplicado unilateralmente pela outra.



A ausência de paridade resta evidenciada ante a ausência de qualquer registro prévio de discussão entre as partes acerca do assunto, tendo apenas a operadora de saúde encaminhado à parte apelada comunicado com os índices que iria aplicar.

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:

"a regulamentação dos planos coletivos empresariais (Lei n° 9.656/98, art. 16, VII) distingue aqueles com menos de trinta usuários, cujas bases atuariais se assemelham às dos planos individuais e familiares, impondo sejam agrupados com a finalidade de diluição do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado em cada um deles (Resoluções 195/2009 e 309/2012 da ANS)" – (AgInt no REsp 1.862.008/SP, Rel. Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 22/6/2020, DJe 25/6/2020).

Destarte, referida corte admite, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo ou empresarial – que possua número reduzido de participantes, como no caso – seja tratado como plano individual ou familiar, sendo-lhe aplicadas as normas de defesa do consumidor.

No essencial, a convicção posta na origem está em sintonia com a orientação fixada pelo Superior Tribunal de Justiça, como evidencia precedente lavrado para caso assemelhado, assim ementado:

“AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DESCARACTERIZAÇÃO. CONTRATO ATÍPICO. NÚMERO ÍNFIIMO DE PARTICIPANTES. REINTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS CONTRATUAIS E REEXAME DE FATOS 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 dá provimento. Prejudicado o Agravo Interno.” (Agravo de Instrumento 005560424.2024.8.17.9000, Rel. Valeria Bezerra Pereira Wanderley, 7ª Câmara Cível Especializada, julgado em 01/04/2025, DJe).

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 no tocante aos reajustes anuais.

Ademais, a alegação da operadora de saúde no sentido de que não comercializa planos nas modalidades individual e/ou familiar não afasta o direito pleiteado nos autos, sobretudo quando caracterizada a nítida configuração de plano coletivo simulado — o denominado “falso coletivo” — prática esta que, além de subverter o



regime regulatório previsto pela ANS, configura evidente fraude à legislação de proteção ao consumidor.

Destaca-se, ainda, que a operadora de saúde possui carteira de beneficiários de planos individuais/familiares.

Diante desse desequilíbrio contratual, em evidente prejuízo da parte usuária, deve ser mantida a sentença de primeira instância que afastou os reajustes por sinistralidade e os anuais aplicados, aplicando apenas os índices anuais autorizados pela ANS para os planos individuais/familiares.

No mesmo sentido não merece reforma o decidido no tocante à restituição de valores pagos indevidamente, diante do que se concluiu quanto ao aumento por sinistralidade, pelos mesmos fundamentos analisados anteriormente, considerandose os últimos 03 (três) anos, contados do ajuizamento da presente ação, haja vista que durante tal período os reajustes foram aplicados abusivamente pela operadora de saúde, observado o prazo prescricional trienal.

No que tange aos honorários sucumbenciais, evidencia-se, de forma inequívoca, que a sentença impugnada fixou a verba honorária no percentual de 15% sobre o valor da condenação, em absoluta consonância com os parâmetros legalmente estabelecidos, não havendo qualquer justificativa plausível para a pretendida redução.

Com efeito, ao se proceder à análise do recurso interposto pela seguradora, constata-se, de plano, a sua manifesta deficiência argumentativa, haja vista a completa ausência de fundamentos fáticos e jurídicos aptos a infirmar a decisão recorrida.

Cumprе destacar que o decisum recorrido observou rigorosamente o disposto no artigo 85, §2º, do Código de Processo Civil, que estabelece, de forma clara, que os honorários devem ser fixados entre 10% e 20% sobre o valor da condenação. Ao arbitrar o percentual em 15%, o magistrado não apenas atuou dentro dos limites legais, mas o fez em estrita observância aos critérios qualitativos previstos no referido dispositivo.

Nesse contexto, revela-se imprescindível destacar o efetivo e diligente trabalho desempenhado pelo patrono da parte vencedora ao longo de toda a marcha processual. Com efeito, houve atuação decisiva desde a fase inicial, notadamente na obtenção de provimento liminar, passando pela apresentação de réplica consistente, inclusive após minuciosa análise e impugnação das provas



colacionadas aos autos pela operadora, até alcançar a atuação em segundo grau de jurisdição, com a apresentação de contrarrazões ao recurso interposto.

Tal conjunto de atos processuais evidencia elevado grau de zelo profissional, dedicação contínua e significativa carga de trabalho técnico, circunstâncias que, à luz do art. 85, §2º, do CPC, legitimam plenamente o percentual fixado, afastando qualquer alegação de excesso ou desproporcionalidade.

Dessa forma, à luz da legislação aplicável e do efetivo trabalho desenvolvido nos autos, resta evidente que a insurgência recursal carece de respaldo jurídico.

Contudo, verifico que a sentença recorrida foi proferida em momento anterior ao julgamento do Tema Repetitivo n.º 1.368 pelo e. Superior Tribunal de Justiça. Tratando-se de matéria de ordem pública, impõe-se, portanto, a alteração, de ofício, dos critérios de incidência da correção monetária e dos juros de mora relativos aos valores objeto da repetição de indébito, os quais deverão ser atualizados monetariamente, pelo IPCA, desde cada desembolso e acrescidos de juros de mora correspondentes à diferença entre a taxa SELIC e o IPCA, a contar da data da citação.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao presente recurso, e, de ofício, altero os consectários legais nos termos da fundamentação supra.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC, **majoro** os honorários sucumbenciais devidos pela Apelante para 17% sobre os mesmos parâmetros estabelecidos na sentença.

É COMO VOTO.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator

Demais votos:



VOTO DE DIVERGÊNCIA

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-probatória. 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 -



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, dou provimento parcial ao recurso da operadora de plano de saúde apenas quanto à equiparação, para todos os efeitos legais, do plano coletivo a plano individual/familiar, 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)

Ementa:



Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÃO CÍVEL (09) Nº 0011304-22.2024.8.17.2001

APELANTE: -----

APELADOS: -----

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

EMENTA- APELAÇÃO CÍVEL.DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE.



CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. NÚMERO REDUZIDO DE BENEFICIÁRIOS. NÚCLEO FAMILIAR. EQUIPARAÇÃO A PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. AFASTAMENTO. RESTITUIÇÃO DE VALORES. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MANUTENÇÃO E MAJORAÇÃO. ADEQUAÇÃO DE OFÍCIO DOS CONSECTÁRIOS LEGAIS. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em exame.

2. Trata-se de Apelação cível interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que reconheceu a natureza de “falso coletivo” de contrato empresarial celebrado para apenas seis beneficiários pertencentes ao mesmo núcleo familiar, afastou reajustes por sinistralidade e determinou a aplicação dos índices da ANS para planos individuais, bem como condenou à restituição de valores pagos indevidamente e ao pagamento de honorários advocatícios.

II. Questão em discussão.

2. Há três questões em discussão: (i) definir se o plano coletivo empresarial com número reduzido de beneficiários, todos da mesma família, configura “falso coletivo”, equiparável a plano individual/familiar; (ii) estabelecer a legalidade dos reajustes aplicados por sinistralidade e a possibilidade de restituição dos valores pagos; (iii) determinar a adequação da fixação e majoração dos honorários advocatícios, bem como a necessidade de ajuste dos consectários legais.

III. Razões de decidir.

3. O plano coletivo empresarial com número ínfimo de beneficiários, integrantes de um único núcleo familiar, não apresenta as características típicas de contratação coletiva, evidenciando-se como contrato coletivo atípico.

4. A ausência de paridade negocial entre as partes, especialmente quanto à definição dos índices de reajuste, demonstra a vulnerabilidade do consumidor e afasta a natureza coletiva do contrato.

5. Em hipóteses de “falso coletivo”, a jurisprudência do STJ admite o tratamento do contrato como plano individual ou familiar, com aplicação das normas correspondentes, especialmente quanto aos índices de reajuste autorizados pela ANS.

6. A restituição dos valores pagos a maior decorre da nulidade dos reajustes abusivos aplicados pela operadora, limitada aos últimos três anos, conforme prescrição trienal prevista no art. 206, §3º, IV, do Código Civil.

7. A fixação dos honorários advocatícios em 15% sobre o valor da condenação atende aos critérios do art. 85, §2º, do CPC, sendo legítima sua majoração em grau recursal diante do trabalho adicional desenvolvido.



8. A correção monetária e os juros de mora devem ser adequados de ofício, em observância ao Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ, por se tratar de matéria de ordem pública.

IV. Dispositivo e tese

9. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: “1. O contrato de plano de saúde coletivo empresarial com número reduzido de beneficiários de um mesmo núcleo familiar configura “falso coletivo” e deve ser equiparado a plano individual ou familiar. 2. É abusiva a aplicação de reajuste por sinistralidade em contratos equiparados a planos individuais, devendo incidir apenas os índices autorizados pela ANS. 3. A restituição de valores pagos indevidamente é devida quando demonstrada a cobrança abusiva, respeitado o prazo prescricional trienal. 4. A fixação de honorários advocatícios dentro dos limites legais deve ser mantida e majorada em grau recursal quando evidenciado o trabalho adicional do patrono. 5. Os consectários legais podem ser adequados de ofício em razão de entendimento vinculante do STJ.”

- Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 370 e 371; Lei nº 9.656/1998, art. 16, VII; RN ANS nº 557/2022, arts. 3º, 5º e § 1º; RN nº 309/2012 da ANS.

- Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no REsp 1.862.008/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª Turma, j. 22.06.2020, DJe 25.06.2020; STJ, AgInt no REsp 1.876.451/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, 4ª Turma, j. 01.03.2021, DJe 04.03.2021; TJPE, AI 0055604-24.2024.8.17.9000, Rel. Des. Valéria Bezerra, 7ª Câmara Cível Especializada, j. 01.04.2025, DJe.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelação nº 001130422.2024.8.17.2001, **ACORDAM** os Desembargadores da 7ª Câmara Cível Especializada em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso interposto pela -----, 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, negou-se provimento ao recurso, nos termos do voto do Relator, vencido o Des. André Vicente Pires Rosa.

Magistrados: [VIRGINIO MARQUES CARNEIRO LEAO, ANDRE VICENTE PIRES ROSA, ELIO BRAZ MENDES, DJALMA ANDRELINO NOGUEIRA JUNIOR, VIRGINIA GONDIM DANTAS]

Recife, 11 de setembro de 2026

Magistrado





Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÃO CÍVEL (09)Nº 0011304-22.2024.8.17.2001

APELANTE: -----

APELADOS: -----

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

EMENTA- APELAÇÃO CÍVEL.DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. NÚMERO REDUZIDO DE BENEFICIÁRIOS. NÚCLEO FAMILIAR. EQUIPARAÇÃO A PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. AFASTAMENTO. RESTITUIÇÃO DE VALORES. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MANUTENÇÃO E MAJORAÇÃO. ADEQUAÇÃO DE OFÍCIO DOS CONSECTÁRIOS LEGAIS. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em exame.

2.Trata-se de Apelação cível interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que reconheceu a natureza de “falso coletivo” de contrato empresarial celebrado para apenas seis beneficiários pertencentes ao mesmo núcleo familiar, afastou reajustes por sinistralidade e determinou a aplicação dos índices da ANS para planos individuais, bem como condenou à restituição de valores pagos indevidamente e ao pagamento de honorários advocatícios.



II. Questão em discussão.

2. Há três questões em discussão: (i) definir se o plano coletivo empresarial com número reduzido de beneficiários, todos da mesma família, configura “falso coletivo”, equiparável a plano individual/familiar; (ii) estabelecer a legalidade dos reajustes aplicados por sinistralidade e a possibilidade de restituição dos valores pagos; (iii) determinar a adequação da fixação e majoração dos honorários advocatícios, bem como a necessidade de ajuste dos consectários legais.

III. Razões de decidir.

3. O plano coletivo empresarial com número ínfimo de beneficiários, integrantes de um único núcleo familiar, não apresenta as características típicas de contratação coletiva, evidenciando-se como contrato coletivo atípico.

4. A ausência de paridade negocial entre as partes, especialmente quanto à definição dos índices de reajuste, demonstra a vulnerabilidade do consumidor e afasta a natureza coletiva do contrato.

5. Em hipóteses de “falso coletivo”, a jurisprudência do STJ admite o tratamento do contrato como plano individual ou familiar, com aplicação das normas correspondentes, especialmente quanto aos índices de reajuste autorizados pela ANS.

6. A restituição dos valores pagos a maior decorre da nulidade dos reajustes abusivos aplicados pela operadora, limitada aos últimos três anos, conforme prescrição trienal prevista no art. 206, §3º, IV, do Código Civil.

7. A fixação dos honorários advocatícios em 15% sobre o valor da condenação atende aos critérios do art. 85, §2º, do CPC, sendo legítima sua majoração em grau recursal diante do trabalho adicional desenvolvido.

8. A correção monetária e os juros de mora devem ser adequados de ofício, em observância ao Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ, por se tratar de matéria de ordem pública.

IV. Dispositivo e tese

9. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: “1. O contrato de plano de saúde coletivo empresarial com número reduzido de beneficiários de um mesmo núcleo familiar configura “falso coletivo” e deve ser equiparado a plano individual ou familiar. 2. É abusiva a aplicação de reajuste por sinistralidade em contratos equiparados a planos



individuais, devendo incidir apenas os índices autorizados pela ANS. 3. A restituição de valores pagos indevidamente é devida quando demonstrada a cobrança abusiva, respeitado o prazo prescricional trienal. 4. A fixação de honorários advocatícios dentro dos limites legais deve ser mantida e majorada em grau recursal quando evidenciado o trabalho adicional do patrono. 5. Os consectários legais podem ser adequados de ofício em razão de entendimento vinculante do STJ.”

- Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 370 e 371; Lei nº 9.656/1998, art. 16, VII; RN ANS nº 557/2022, arts. 3º, 5º e § 1º; RN nº 309/2012 da ANS.

- Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no REsp 1.862.008/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª Turma, j. 22.06.2020, DJe 25.06.2020; STJ, AgInt no REsp 1.876.451/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, 4ª Turma, j. 01.03.2021, DJe 04.03.2021; TJPE, AI 0055604-24.2024.8.17.9000, Rel. Des. Valéria Bezerra, 7ª Câmara Cível Especializada, j. 01.04.2025, DJe.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelação nº 001130422.2024.8.17.2001, **ACORDAM** os Desembargadores da 7ª Câmara Cível Especializada em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso interposto pela -----, 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

APELAÇÃO CÍVEL (09)Nº 0011304-22.2024.8.17.2001

APELANTE: ----

APELADOS: -----

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

EMENTA- APELAÇÃO CÍVEL.DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. NÚMERO REDUZIDO DE BENEFICIÁRIOS. NÚCLEO FAMILIAR. EQUIPARAÇÃO A PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. AFASTAMENTO. RESTITUIÇÃO DE VALORES. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MANUTENÇÃO E MAJORAÇÃO. ADEQUAÇÃO DE OFÍCIO DOS CONSECTÁRIOS LEGAIS. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em exame.

2.Trata-se de Apelação cível interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que reconheceu a natureza de “falso coletivo” de contrato empresarial celebrado para apenas seis beneficiários pertencentes ao mesmo núcleo familiar, afastou reajustes por sinistralidade e determinou a aplicação dos índices da ANS para planos individuais, bem como condenou à restituição de valores pagos indevidamente e ao pagamento de honorários advocatícios.



II. Questão em discussão.

2. Há três questões em discussão: (i) definir se o plano coletivo empresarial com número reduzido de beneficiários, todos da mesma família, configura “falso coletivo”, equiparável a plano individual/familiar; (ii) estabelecer a legalidade dos reajustes aplicados por sinistralidade e a possibilidade de restituição dos valores pagos; (iii) determinar a adequação da fixação e majoração dos honorários advocatícios, bem como a necessidade de ajuste dos consectários legais.

III. Razões de decidir.

3. O plano coletivo empresarial com número ínfimo de beneficiários, integrantes de um único núcleo familiar, não apresenta as características típicas de contratação coletiva, evidenciando-se como contrato coletivo atípico.

4. A ausência de paridade negocial entre as partes, especialmente quanto à definição dos índices de reajuste, demonstra a vulnerabilidade do consumidor e afasta a natureza coletiva do contrato.

5. Em hipóteses de “falso coletivo”, a jurisprudência do STJ admite o tratamento do contrato como plano individual ou familiar, com aplicação das normas correspondentes, especialmente quanto aos índices de reajuste autorizados pela ANS.

6. A restituição dos valores pagos a maior decorre da nulidade dos reajustes abusivos aplicados pela operadora, limitada aos últimos três anos, conforme prescrição trienal prevista no art. 206, §3º, IV, do Código Civil.

7. A fixação dos honorários advocatícios em 15% sobre o valor da condenação atende aos critérios do art. 85, §2º, do CPC, sendo legítima sua majoração em grau recursal diante do trabalho adicional desenvolvido.

8. A correção monetária e os juros de mora devem ser adequados de ofício, em observância ao Tema Repetitivo nº 1.368 do STJ, por se tratar de matéria de ordem pública.

IV. Dispositivo e tese

9. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: “1. O contrato de plano de saúde coletivo empresarial com número reduzido de beneficiários de um mesmo núcleo familiar configura “falso coletivo” e deve ser equiparado a plano individual ou familiar. 2. É abusiva a aplicação de reajuste por sinistralidade em contratos equiparados a planos



individuais, devendo incidir apenas os índices autorizados pela ANS. 3. A restituição de valores pagos indevidamente é devida quando demonstrada a cobrança abusiva, respeitado o prazo prescricional trienal. 4. A fixação de honorários advocatícios dentro dos limites legais deve ser mantida e majorada em grau recursal quando evidenciado o trabalho adicional do patrono. 5. Os consectários legais podem ser adequados de ofício em razão de entendimento vinculante do STJ.”

- Dispositivos relevantes citados: CPC, arts. 370 e 371; Lei nº 9.656/1998, art. 16, VII; RN ANS nº 557/2022, arts. 3º, 5º e § 1º; RN nº 309/2012 da ANS.

- Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no REsp 1.862.008/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª Turma, j. 22.06.2020, DJe 25.06.2020; STJ, AgInt no REsp 1.876.451/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, 4ª Turma, j. 01.03.2021, DJe 04.03.2021; TJPE, AI 0055604-24.2024.8.17.9000, Rel. Des. Valéria Bezerra, 7ª Câmara Cível Especializada, j. 01.04.2025, DJe.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelação nº 001130422.2024.8.17.2001, **ACORDAM** os Desembargadores da 7ª Câmara Cível Especializada em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso interposto pela -----, 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

APELAÇÃO CÍVEL (09)Nº 0011304-22.2024.8.17.2001

APELANTE: -----

APELADOS: -----

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

VOTO

Preenchidos os requisitos de admissibilidade, passo ao exame das alegações da Recorrente.

O cerne do recurso diz respeito ao reconhecimento do plano contratado como “*falso coletivo*” e, adicionalmente, sobre eventuais danos materiais decorrentes da falsa coletivização.



A pretensão da operadora de saúde de reforma da sentença impugnada não reúne condições de êxito, na medida em que os argumentos desafiados na peça recursal não logram em desconstituir os fundamentos decisórios.

Isso porque de acordo com o art. 16, VII, da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde – LPS), os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes diferentes, quais sejam: individual/familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, por meio da Resolução Normativa 557/22, definiu em seu art.3º que: *“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”*.

Por outro lado, a resolução acima mencionada, em seu art. 5º prevê que: *“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”*.

Assim, 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 presente caso, é incontroverso que as partes celebraram contrato para a constituição de plano de saúde empresarial. Nada obstante, a contratação se deu em favor de apenas **6 (seis) beneficiários**, todos da mesma família (genitora, filho, mãe, irmã, cunhado e sobrinho).



Assim, denota-se que a apólice se dedica aos membros de uma mesma família e conta com número reduzido de vidas, tendo sido firmada em benefício de um grupo familiar integrado pelos sócios da pessoa jurídica e seus parentes.

Em tais situações, não há efetiva negociação do reajuste em paridade de condições entre os contratantes, mas, em realidade, uma das partes é que acaba por suportar o índice de reajuste aplicado unilateralmente pela outra.

A ausência de paridade resta evidenciada ante a ausência de qualquer registro prévio de discussão entre as partes acerca do assunto, tendo apenas a operadora de saúde encaminhado à parte apelada comunicado com os índices que iria aplicar.

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:

"a regulamentação dos planos coletivos empresariais (Lei n° 9.656/98, art. 16, VII) distingue aqueles com menos de trinta usuários, cujas bases atuariais se assemelham às dos planos individuais e familiares, impondo sejam agrupados com a finalidade de diluição do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado em cada um deles (Resoluções 195/2009 e 309/2012 da ANS)" – (AgInt no REsp 1.862.008/SP, Rel. Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 22/6/2020, DJe 25/6/2020).

Destarte, referida corte admite, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo ou empresarial – que possua número reduzido de participantes, como no caso – seja tratado como plano individual ou familiar, sendo-lhe aplicadas as normas de defesa do consumidor.

No essencial, a convicção posta na origem está em sintonia com a orientação fixada pelo Superior Tribunal de Justiça, como evidencia precedente lavrado para caso assemelhado, assim ementado:

“AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DESCARACTERIZAÇÃO. CONTRATO ATÍPICO. NÚMERO ÍNFIMO DE PARTICIPANTES. REINTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULAS



CONTRATUAIS E REEXAME DE FATOS 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 DÁ 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 dá provimento. Prejudicado o Agravo Interno." (Agravo de Instrumento 005560424.2024.8.17.9000, Rel. Valeria Bezerra Pereira Wanderley, 7ª Câmara Cível Especializada, julgado em 01/04/2025, DJe).



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 no tocante aos reajustes anuais.

Ademais, a alegação da operadora de saúde no sentido de que não comercializa planos nas modalidades individual e/ou familiar não afasta o direito pleiteado nos autos, sobretudo quando caracterizada a nítida configuração de plano coletivo simulado — o denominado “falso coletivo” — prática esta que, além de subverter o regime regulatório previsto pela ANS, configura evidente fraude à legislação de proteção ao consumidor.

Destaca-se, ainda, que a operadora de saúde possui carteira de beneficiários de planos individuais/familiares.

Diante desse desequilíbrio contratual, em evidente prejuízo da parte usuária, deve ser mantida a sentença de primeira instância que afastou os reajustes por sinistralidade e os anuais aplicados, aplicando apenas os índices anuais autorizados pela ANS para os planos individuais/familiares.

No mesmo sentido não merece reforma o decidido no tocante à restituição de valores pagos indevidamente, diante do que se concluiu quanto ao aumento por sinistralidade, pelos mesmos fundamentos analisados anteriormente, considerando-se os últimos 03 (três) anos, contados do ajuizamento da presente ação, haja vista que durante tal período os reajustes foram aplicados abusivamente pela operadora de saúde, observado o prazo prescricional trienal.

No que tange aos honorários sucumbenciais, evidencia-se, de forma inequívoca, que a sentença impugnada fixou a verba honorária no percentual de 15% sobre o valor da condenação, em absoluta consonância com os parâmetros legalmente estabelecidos, não havendo qualquer justificativa plausível para a pretendida redução.

Com efeito, ao se proceder à análise do recurso interposto pela seguradora, constata-se, de plano, a sua manifesta deficiência argumentativa, haja vista a completa ausência de fundamentos fáticos e jurídicos aptos a infirmar a decisão recorrida.



Cumpra-se destacar que o decisum recorrido observou rigorosamente o disposto no artigo 85, §2º, do Código de Processo Civil, que estabelece, de forma clara, que os honorários devem ser fixados entre 10% e 20% sobre o valor da condenação. Ao arbitrar o percentual em 15%, o magistrado não apenas atuou dentro dos limites legais, mas o fez em estrita observância aos critérios qualitativos previstos no referido dispositivo.

Nesse contexto, revela-se imprescindível destacar o efetivo e diligente trabalho desempenhado pelo patrono da parte vencedora ao longo de toda a marcha processual. Com efeito, houve atuação decisiva desde a fase inicial, notadamente na obtenção de provimento liminar, passando pela apresentação de réplica consistente, inclusive após minuciosa análise e impugnação das provas colacionadas aos autos pela operadora, até alcançar a atuação em segundo grau de jurisdição, com a apresentação de contrarrazões ao recurso interposto.

Tal conjunto de atos processuais evidencia elevado grau de zelo profissional, dedicação contínua e significativa carga de trabalho técnico, circunstâncias que, à luz do art. 85, §2º, do CPC, legitimam plenamente o percentual fixado, afastando qualquer alegação de excesso ou desproporcionalidade.

Dessa forma, à luz da legislação aplicável e do efetivo trabalho desenvolvido nos autos, resta evidente que a insurgência recursal carece de respaldo jurídico.

Contudo, verifico que a sentença recorrida foi proferida em momento anterior ao julgamento do Tema Repetitivo n.º 1.368 pelo e. Superior Tribunal de Justiça. Tratando-se de matéria de ordem pública, impõe-se, portanto, a alteração, de ofício, dos critérios de incidência da correção monetária e dos juros de mora relativos aos valores objeto da repetição de indébito, os quais deverão ser atualizados monetariamente, pelo IPCA, desde cada desembolso e acrescidos de juros de mora correspondentes à diferença entre a taxa SELIC e o IPCA, a contar da data da citação.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao presente recurso, e, de ofício, altero os consectários legais nos termos da fundamentação supra.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC, **majoro** os honorários sucumbenciais devidos pela Apelante para 17% sobre os mesmos parâmetros estabelecidos na sentença.

É COMO VOTO.



Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator



VOTO DE DIVERGÊNCIA

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-probatória. 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, dou provimento parcial ao recurso da operadora de plano de saúde apenas quanto à equiparação, para todos os efeitos legais, do plano coletivo a plano individual/familiar,



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)





Poder Judiciário

Tribunal de Justiça de Pernambuco

Gabinete do Des. Virgínio M. Carneiro Leão

7ª Câmara Cível Especializada

APELAÇÃO CÍVEL (09)Nº 0011304-22.2024.8.17.2001

APELANTE: -----

APELADOS: -----

RELATOR: DES. VIRGÍNIO M. CARNEIRO LEÃO

RELATÓRIO

Trata-se de apelação interposta contra sentença proferida pelo Juízo da Seção B da 25ª Vara Cível da Capital, em sede de ação de obrigação de fazer, cujo relatório fica incorporado e que tem esta parte dispositiva: “(...) *Ánte o exposto, com base nos ditames da legislação do consumidor (Lei nº 8.078/90) e no art. 487, I c/c o art. 355, I, esses últimos do Novo Código de Processo Civil, julgo PROCEDENTE a presente ação para: a) decretar a nulidade das cláusulas contratuais que preveem que o reajuste anual do seguro-saúde contratado pelos autores se deem em percentual diverso daquele definido pela ANS, de modo a equiparar o presente contrato com o contrato de seguro-saúde familiar/individual; b) condenar os demandados a restituírem aos autores os valores cobrados à maior, a ser apurado em eventual liquidação de sentença, que deverá ser atualizado pela tabela do ENCOGE, a partir da data do dano, e com incidência de juros de mora de 1% ao mês, a partir da citação, tudo até o efetivo pagamento, levando-se ainda em conta o prazo prescricional de 03 (três) anos do ajuizamento da presente ação. Condeno a ré em custas processuais e honorários de sucumbência, estes fixados em 15% sobre o valor total da condenação. (...)*” (id 53998443).



A Apelante -----, em suas razões recursais (id 53998447), pugna pela reforma da sentença, sob os seguintes argumentos: i) que não há como se substituir o plano coletivo por familiar, vez que não efetiva comercialização de planos familiares, tampouco, de planos individuais; ii) que o downgrade imposto, importa em novo vínculo contratual, tendo por objeto produto; iii) a decretação de nulidade das cláusulas que prevejam majoração de mensalidade em razão da mudança de faixa etária, além de contrariar a lógica atuarial do sistema securitário, afronta a legislação regente da matéria, que expressamente prevê tal possibilidade de reajuste não é mais comercializado; iv) defende a validade dos reajustes anuais e por variação de custos, conforme regulamentação da ANS, destacando que tais aumentos refletem a inflação médica e o aumento da utilização dos serviços de saúde; v) necessidade de preservação do equilíbrio atuarial e da solvência do sistema de saúde suplementar, sob pena de inviabilizar a continuidade da prestação dos serviços; vi) inexistência de vício de vontade ou nulidade contratual, defendendo a plena validade do negócio jurídico celebrado, sob a égide do princípio do *pacta sunt servanda*; vii) que os honorários devem ser fixados no mínimo legal, por se tratar de causa de pequeno manejo, de valor reduzido que não necessitou de dilação probatória; viii) que não há qualquer demonstração de irregularidade ou ilegalidade na conduta da apelante, passível de reprimenda judicial e que possa ensejar qualquer eventual repetição de indébito. Ao final, requer a reforma integral da sentença, para julgar improcedentes os pedidos iniciais ou, subsidiariamente, reconhecer a validade das cláusulas de reajuste por faixa etária, com a redução dos honorários de sucumbência para o mínimo legal.

Preparo devidamente realizado (id's 53998449 e 53998450).

A parte apelada apresentou contrarrazões sob id 53998452, pugnando pelo total desprovimento da apelação interposta pela seguradora de saúde.

É O RELATÓRIO, NO ESSENCIAL.

Inclua-se em pauta.

Recife, data da assinatura digital

Des. Virgínio M. Carneiro Leão

Relator



Assinado eletronicamente por: VIRGINIO MARQUES CARNEIRO LEAO - 06/04/2026 12:50:34Num. 58183140 - Pág. 2

<https://pje.cloud.tje.jus.br:443/2g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=26040612503454000000056831479>

Número do documento: 26040612503454000000056831479