



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO

APELAÇÃO CÍVEL N.º 0801788-93.2023.8.19.0005

APELANTES: DAVID VIEIRA TEIXEIRA, JULIANA VIEIRA TEIXEIRA PEREIRA E ERTON BENTO ALVES (HERDEIROS DE DENISE VIEIRA DA SILVA)

APELADA: QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

RELATOR: DESEMBARGADOR ALESSANDRO OLIVEIRA FELIX

EMENTA

Apelação Cível. **DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO REVISIONAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. REAJUSTE ANUAL POR SINISTRALIDADE. AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO ATUARIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DEVOLUÇÃO EM DOBRO DOS VALORES PAGOS A MAIOR. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO.** Cuida-se de ação de revisão contratual c/c repetição de indébito, indenização por danos morais e pedido de tutela de urgência, na qual a parte autora visa o afastamento dos reajustes anuais aplicados à mensalidade do plano de saúde firmado junto à ré, substituindo-os pelos índices de reajuste definidos pela ANS, além de requerer a devolução dos valores pagos a maior e indenização



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

por danos morais. A parte ré requer a improcedência dos pedidos autorais sob o fundamento que o plano coletivo por adesão possui regras de operação e implementação de reajuste próprias, em conformidade com o contrato celebrado para o grupo a que pertence o beneficiário. Reitera que a ANS tem competência apenas para fixar o percentual de reajuste dos planos individuais/familiares.

SENTENÇA DE EXTINÇÃO DO PROCESSO SEM EXAME DO MÉRITO, POR ACOLHIMENTO DA ILEGITIMIDADE PASSIVA DA RÉ QUALICORP. AUTORA QUE FOI A ÓBITO. APELO DOS SEUS HERDEIROS.

Há duas questões em discussão: (i) saber se os reajustes anuais aplicados ao plano de saúde coletivo por adesão a partir do ano de 2023 foram devidamente justificados por base atuarial (perda do objeto, já que a Sra. Denise veio a óbito); (ii) saber se é cabível a devolução em dobro dos valores pagos a maior, bem como a indenização por danos morais. A relação entre consumidor e operadora de plano de saúde coletivo por adesão é regida pelas normas do Código de Defesa do Consumidor, aplicando-se a responsabilidade objetiva e a teoria do risco do empreendimento (arts. 2º e 3º, §2º do CDC). A Resolução nº 565/2022 da ANS impõe à operadora o dever de justificar os reajustes por sinistralidade com base em dados atuariais, o que não ocorreu no caso concreto. Laudo



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

atuarial que não foi concluído pela i. perita, por ausência de documentação. A jurisprudência do STJ, ao julgar os Temas Repetitivos nº 952 e 1016, reconheceu a validade do reajuste por faixa etária e por sinistralidade desde que observados os critérios de legalidade, razoabilidade e base atuarial idônea, o que não se verificou nos autos. A legalidade dos reajustes anuais em contratos coletivos depende de demonstração clara e técnica, ônus do qual a ré não se desincumbiu. Perícia atuarial não realizada por expert do Juízo, devido à ausência de dados pela demandada, configurada a falha na prestação do serviço. A atuação da administradora de plano de saúde em parceria comercial com a operadora evidencia a responsabilidade solidária entre as demandadas, nos termos dos artigos 7º, parágrafo único, e 25, §1º, do Código de Defesa do Consumidor. Repetição do indébito em dobro, nos termos do artigo 42, parágrafo único, do CDC, uma vez que a cobrança indevida, sem justificativa, configura conduta contrária à boa-fé objetiva, prescindindo da comprovação de má-fé, conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça (EAREsp 676.608/RS). Dano moral não configurado. O pedido de indenização por danos morais deve ser rejeitado, uma vez que a discussão contratual não caracteriza, por si só, violação a direito da personalidade, conforme entendimento doutrinário e



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

jurisprudencial consolidado. *Decisum* que merece parcial reforma. **Recurso conhecido e parcialmente provido**, reformando-se a sentença para condenar a ré na restituição em dobro dos valores pagos a maior pela *de cujus*, aos sucessores. Fixo os honorários advocatícios de sucumbência devido pela ré, em 10% sobre o valor da condenação, na forma do art. 85, § 11, do CPC.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelação Cível n.º 0801788-93.2023.8.19.0005 em que são apelantes **DAVID VIEIRA TEIXEIRA, JULIANA VIEIRA TEIXEIRA PEREIRA E ERTON BENTO ALVES (HERDEIROS DE DENISE VIEIRA DA SILVA)** e é apelada **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.**

ACORDAM os Desembargadores da Primeira Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, **nos termos da minuta e da certidão de julgamento.**

RELATÓRIO

Trata a hipótese de ação revisional de plano de saúde c/c tutela antecipada de urgência ajuizada por Denise Vieira Da Silva, em face da Qualicorp Administradora De Benefícios S.A.

Alega que em 10/05/2018, celebrou junto à ré contrato de seguro-saúde, na modalidade coletivo por adesão, vinculado à Unimed Rio, benefício administrado pela Qualicorp, plano denominado Unimed Personal Quarto Coletivo 2, sob a matrícula nº 0379994070328550.

Aduz que é paciente oncológica, portadora de tumor na mama direita, luminal b, estágio IV, com metástase nos ossos em progressão, de modo que depende do plano de saúde para dar seguimento ao protocolo paliativo.

Cita que o contrato pactuado entre as partes prevê a possibilidade de reajuste anula financeiro para manter o equilíbrio entre as despesas médico-hospitalares e a utilização dos serviços. Narra que o índice definido para o reajuste no ano de 2023 foi de 96,06%, o que é manifestamente desproporcional.

Menciona que a mensalidade que no mês de junho custava R\$ 967,03 (novecentos e sessenta e sete reais e três centavos), no mês seguinte passou para R\$ 1.895,96 (mil oitocentos e noventa e cinco reais e noventa e seis centavos).

Assevera que foi necessário o ajuizamento da presente ação, para delimitar o aumento do percentual de acordo com os parâmetros da ANS, uma vez que não pode interromper o tratamento e o reajuste está tornando insustentável a manutenção do pagamento do plano de saúde.

Diante do acima exposto, requer o deferimento do pedido de tutela antecipada para que seja revista a mensalidade do plano de saúde, expedindo-se boleto bancário apenas com os índices definidos pela ANS para planos individuais e familiares. No mérito, pugna pelo afastamento dos índices de reajuste contratuais anuais aplicados desde 2023 à mensalidade do plano, substituindo-os pelos definidos



pela ANS, que sejam aplicados ao contrato somente os índices definidos pela ANS para planos individuais e familiares, a devolução em dobro dos valores pagos a maior e a condenação da ré ao pagamento de indenização a título de danos morais, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Inicial no index nº 75412701, instruída com documentos (index nº 75142706 ao index nº 75146658).

Deferida a gratuidade de justiça à autora e não concedida a antecipação de tutela pleiteada, conforme decisão proferida no index nº 75587338.

Contestação apresentada pela Qualicorp, no index nº 83859407, na qual arguiu preliminarmente a ilegitimidade passiva da administradora e necessidade de litisconsórcio. Aventou a prejudicial de mérito (prescrição da pretensão autoral). No mérito, postulou pela improcedência dos pedidos autorais sob a égide que os reajustes aplicados ao plano da Sra. Denise são perfeitamente legais, contratualmente previstos e têm por finalidade a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro contratual. Assevera que quando a parte autora optou por celebrar um contrato de plano coletivo por adesão, teve plena ciência destas condições e com estas concordou sobrevivendo manifestação de vontade inequívoca e livre de vícios. Menciona que o plano coletivo por adesão possui regras de operação e implementação de reajuste próprias, em conformidade com o contrato celebrado para o grupo a que pertence o beneficiário. Por fim, reitera que a ANS tem competência apenas para fixar o percentual de reajuste dos planos individuais/familiares.

Réplica, apresentada no index nº 85821964.

Decisão de saneamento do processo proferida no index nº 104653090, *in verbis*:

“Deixo de acolher as preliminares de ilegitimidade ad causam e necessidade de litisconsórcio, na medida em que a legitimidade se verifica in status assertionis, ou seja, a partir do indicado pela parte autora. Se há ou não a responsabilidade, a questão é afeta ao mérito.

Quanto aos pontos controvertidos:

- a) **Prescrição**
- b) Prática eventual abuso na taxa de correção do plano de saúde;
- c) Eventual obrigação de repetição de indébito e seu valor;
- d) Incidência de dano moral

Quanto às provas:

Necessária, tão-somente, a prova pericial contábil/atuarial. Nomeio perito o Dra. Caroline de Faria Zettel. Intime-se via Portal para informar se aceita o encargo e formular proposta de honorários. Com a proposta, digam as partes. Venham quesitos no prazo de 15 dias, bem como indiquem as partes, se for o caso, assistentes técnicos.”

Petição apresentada no index nº 108978812, onde a parte ré apresentou as questões periciais para a i. perita. Petição apresentada no index nº 112141230, onde a parte autora apresentou as questões periciais para a i. perita.

Manifestação da i. perita requerendo o envio da documentação exigida para a parte ré, para a conclusão da perícia.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

Manifestação da autora no index nº 189805061, informando que a ré está manifestamente atrasando o andamento processual, pois apesar de ter sido intimada para apresentar os documentos para perícia se quedou inerte. Requereu a desconsideração da prova e o julgamento da lide.

Sobreveio sentença, proferida no index nº 211856265, que julgou extinto o processo sem exame do mérito por ilegitimidade passiva da ré, nos seguintes termos:

“(..)

Vistos etc.

RELATÓRIO

Denise Vieira da Silva ajuizou ação em face de Qualicorp Administradora de Benefícios S.A., impugnando reajuste de 96,06 % aplicado ao plano coletivo “Unimed Personal” e requerendo sua limitação ao índice anual da ANS, bem como a restituição dos valores pagos a maior. Concedeu-se gratuidade de justiça. Citada, a ré apresentou contestação arguindo, em preliminar, sua ilegitimidade passiva ad causam, sustentando atuar apenas como administradora do contrato e indicando a Unimed – operadora do plano – como efetiva responsável pela fixação dos prêmios e guarda da documentação atuarial. Réplica apresentada. Foi nomeada perita atuária, mas os trabalhos não se concluíram em razão da discussão sobre a legitimidade passiva. É o que importa relatar.

FUNDAMENTAÇÃO

A preliminar merece acolhida.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

A administradora de benefícios limita-se a intermediar a contratação, não dispondo de poder decisório sobre cálculos de reajustes ou manutenção de reservas técnicas, atribuições exclusivas da operadora (Unimed). Assim, eventual abusividade no aumento deve ser imputada à operadora, parte que detém domínio sobre os dados de sinistralidade e as memórias de cálculo.

O art. 7º, parágrafo único, do CDC admite a extensão de responsabilidade a quem integra a cadeia de fornecimento, mas exige participação causal no evento lesivo. Constatada a ausência de ingerência da ré nos reajustes questionados, inexistente nexo de imputação direta ou solidária.

Ainda que se superasse tal óbice, eventual sentença de procedência estaria desprovida de efetividade prática, pois a ré não possui qualquer poder jurídico ou contratual de compelir a Unimed a reduzir os valores do plano, tampouco de restituir importâncias cobradas a maior. A tutela jurisdicional seria, assim, inadequada para alcançar o resultado pretendido, reforçando a necessidade de propositura da demanda em face da operadora.

A ilegitimidade passiva constitui pressuposto de constituição e desenvolvimento válido do processo; sua ausência impõe a extinção sem resolução de mérito (art. 485, VI, CPC). A autora foi instada a incluir a operadora, mas optou por manter a demanda tal como proposta, não havendo razão para prosseguir na instrução.

Quanto aos honorários periciais, a perícia foi requerida pela autora e houve efetiva designação de profissional, com reserva de agenda e análise preliminar dos autos. O benefício da gratuidade de justiça não impede a condenação da parte vencida ao pagamento de custas e despesas (art. 98, §§ 2º e 3º, CPC), apenas suspende sua exigibilidade.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

DISPOSITIVO

Ante o exposto, com fundamento no art. 485, VI, do Código de Processo Civil, JULGO EXTINTO o processo, sem resolução de mérito, por ilegitimidade passiva da ré Qualicorp Administradora de Benefícios S.A., facultada à parte autora a propositura de nova ação em face da operadora Unimed, se assim desejar.

Condeno a autora:

- a) ao pagamento de 50 % dos honorários periciais arbitrados por este Juízo,
- b) ao pagamento das custas e honorários processuais, a mesma suspensão de exigibilidade.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Após o trânsito em julgado, arquivem-se os autos com baixa, observadas as cautelas de praxe.”

Informado aos autos que a parte autora, Sra. Denise Vieira da Silva, veio a óbito, conforme index nº 211966304.

Petição da habilitação dos herdeiros/sucessores, no index nº 242951218.

Remetidos os autos ao juízo de origem para apreciação da petição supracitada, conforme despacho proferido no index nº 263091786.

Deferida a habilitação dos herdeiros no polo ativo da lide e devolvido o prazo para apresentação do recurso de Apelação de forma atualizada, conforme decisão no index nº 267367364.





Apelação interposta pelos sucessores da Sra. Denise Vieira Da Silva, no index nº 269416057, na qual requerem o provimento do presente recurso para reformar a sentença *a quo* em sua integralidade, afastando-se a extinção do feito e para determinar o regular prosseguimento do processo em desfavor da Qualicorp, bem como a ratificação da gratuidade de justiça já concedida e a condenação da apelada ao pagamento das custas e honorários recursais, caso mantida a sucumbência ao final.

Contrarrazões apresentadas no index nº 273821895, em prestígio à r. sentença recorrida.

É o relatório. Passo ao voto.

VOTO

Presentes os requisitos intrínsecos e extrínsecos de admissibilidade do recurso. Eis que o apelo deve ser conhecido.

Inicialmente, cumpre analisar a preliminar de ilegitimidade passiva suscitada pela ré, Qualicorp acolhida pelo magistrado de primeiro grau.

A empresa aduz que sua atuação se restringe à venda e administração de planos de saúde, tendo apenas intermediado o contrato de adesão celebrado entre a autora e a Unimed. Não obstante, depreende-se do cenário fático-probatório uma parceria comercial entre a Qualicorp, responsável pela gestão financeira, e as operadoras de planos de saúde. Tal relação evidencia a solidariedade entre as demandadas, conforme dispõem os artigos 7º, parágrafo único, e 25, §1º, do Código de Defesa do Consumidor.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

Nesse sentido, é a orientação deste Tribunal de Justiça:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. RELAÇÃO JURÍDICA DE CONSUMO. AÇÃO DE REVISÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL E INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE ANUAL DE MENSALIDADE. ALEGAÇÃO GENÉRICA DE ABUSIVIDADE SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA INSURGÊNCIA DAS RÉS. Preliminar de ilegitimidade passiva arguida pelas apelantes que se rejeita. Responsabilidade solidária da operadora o plano de saúde Bradesco e administradora Qualicorp. Inteligência dos art. 7º, parágrafo único, art. 14, art. 18 e art. 25, § 1º, todos do Código de Defesa do Consumidor. Índices previstos pela ANS para os planos de saúde individuais que não se aplicam aos planos de saúde coletivos. Reajuste do valor da mensalidade em decorrência do aumento anual da sinistralidade, por si só, nada tem de ilegal ou abusivo. Ausência de elementos probatórios a justificar o julgamento antecipado da lide. Imprescindível a realização de perícia atuarial para o reconhecimento da alegada abusividade no reajuste de 28,90% aplicado, a fim de manter o equilíbrio financeiro do contrato e solucionar a controvérsia suscitada, o que inclusive foi expressamente requerido pelo autor nos autos. Mesmo em sede de responsabilidade objetiva, inobstante a inversão do ônus probatório, com base no artigo 6º, inciso VIII, da Lei 8.078/90, constitui ônus do consumidor a comprovação do fato descrito na inicial, o dano e o nexo causal entre aqueles dois elementos, a teor do disposto no artigo 373, I, do CPC, permanecendo a cargo da parte autora a produção das provas constitutivas do seu direito (Súmula nº 330/TJRJ). Prolação prematura de sentença que configura error in



procedendo. Anulação da sentença que se impõe, para determinar o regular prosseguimento do feito, com a realização de perícia atuarial, a fim de que se apure concretamente eventual abusividade do reajuste questionado na presente demanda. Precedente do STJ - Quarta Turma - AgInt no Recurso Especial nº 1.812.573/SP - Relator Ministro Luis Felipe Salomão - julgamento em 27/08/2019 - publicação em 02/09/2019. SENTENÇA ANULADA, DE OFÍCIO. RECURSO PREJUDICADO. (0848474-58.2023.8.19.0001 - APELAÇÃO Des (a). FABIO UCHOA PINTO DE MIRANDA MONTENEGRO - Julgamento: 16/11/2023 - VIGESIMA PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO.

Ora, a Qualicorp/apelada, não atua apenas como uma mera intermediária, mas sim como parte integrante da cadeia de fornecimento de serviços de saúde, já que a mesma gerencia o contrato e realiza a cobrança, configurada, pois, a responsabilidade da Qualicorp perante os apelantes, consoante disposto nos art. 7º, § único, e 25, § 1º, ambos do CDC.

Nesse diapasão, a parte ré/apelada deve responder, igualmente, por eventuais danos causados aos consumidores.

Desse modo, incorreta a sentença ao acolher a preliminar suscitada.

Do Mérito

É importante ressaltar que se aplicam as normas de proteção do Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde, uma vez que a segurada ou beneficiária se enquadra na definição de consumidora ao utilizar os serviços como





ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

destinatária final (artigo 2º do CDC), enquanto a operadora do plano se classifica como fornecedora, já que oferece serviços (artigo 3º do CDC) de assistência à saúde, mediante pagamento (§ 2º do artigo 3º do CDC).

Destaque-se, ainda, que a jurisprudência superior é pacífica quanto à incidência das disposições consumeristas aos contratos de plano de saúde, conforme se depreende do Verbete Sumular de nº 608 do Superior Tribunal de Justiça:

- *Súmula 608 - Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*

Logo, impositiva a aplicação dos princípios protetivos da lei consumerista ao caso, em especial o da vulnerabilidade do consumidor e o da boa-fé objetiva, bem como dos deveres de lealdade, confiança e cooperação.

Outrossim, sabe-se que o sistema tipicamente privado atua em caráter suplementar (supletivo). Abrange a prestação direta de serviços por profissionais e/ou estabelecimentos de saúde e a intermediação desses serviços, mediante a cobertura de riscos de assistência à saúde, através das operadoras de planos de assistência à saúde e/ou de seguros.

Com efeito, a cobertura assistencial de um plano de saúde, a seu turno, é o conjunto de direitos – tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos -, adquirido pelo beneficiário, a partir da contratação do plano de saúde.



No mérito, a controvérsia recursal cinge-se à análise da legalidade dos reajustes anuais aplicados ao plano de saúde coletivo da autora, ora representada pelos seus sucessores/apelantes, bem como à verificação da existência de valores a serem restituídos e da ocorrência de danos morais passíveis de indenização, sob o argumento de que teria sido aplicado reajustes ilegais e arbitrários, pugnando pela aplicação de reajustes conforme índices da ANS fixados para os planos de saúde individuais.

A ré defende, em suma, que os planos coletivos não se sujeitam aos índices de reajuste definidos pela ANS para os planos individuais, sendo os percentuais calculados com base na sinistralidade e na variação de custos médico-hospitalares do grupo contratante e no próprio contrato.

É cediço a necessidade de haver reajustes periódicos nas mensalidades dos planos de saúde, em razão da variação dos custos dos serviços prestados, que também possuem variações periódicas. Entretanto, não poderá o reajuste ensejar em desequilíbrio contratual, revelando-se em abusividade.

De fato, é cediço o entendimento de que os reajustes dos contratos coletivos de plano de saúde não são limitados aos percentuais autorizados pela ANS para os contratos individuais. Contudo, tal prerrogativa não confere às operadoras e administradoras uma liberdade irrestrita para promover aumentos unilaterais e desproporcionais, sob pena de violação às normas protetivas do consumidor, em especial o artigo 51, incisos IV e X, do CDC, que veda cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada ou permitam a variação unilateral do preço.

Para que o reajuste seja considerado válido, é imprescindível que a seguradora demonstre, de forma clara e transparente, o embasamento técnico que o



justifica, por meio de cálculos atuariais que comprovem o aumento da sinistralidade do grupo e a necessidade de readequação para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

No caso dos autos, a decisão saneadora, determinou que a ré comprovasse a regularidade dos reajustes, e deferiu a produção de prova pericial atuarial. O laudo pericial, contudo, não foi concluído, uma vez que a ré não apresentou os estudos ou parâmetros necessários para comprovar a estatística atuarial dos reajustes empregados. Ora, a ré não se desincumbiu do ônus que lhe cabia, deixando de apresentar qualquer documento que justificasse os elevados percentuais aplicados desde 2023.

Também, mostra-se exagerada a cláusula que restringe direitos ou obrigações inerentes à natureza do contrato, ameaçando seu objeto equilíbrio, ou ainda que seja excessivamente onerosa ao consumidor, parte mais fraca na relação contratual.

Os Tribunais vêm entendendo que ao aplicar um índice acima do previsto pela ANS, a operadora tem que justificar o aumento. É preciso apresentar um balanço das contas e comprovar a necessidade do aumento para não ferir o direito do consumidor, mesmo que ele seja usuário de um plano coletivo, que não é regulamentado pela ANS.

Com efeito, os índices de reajuste por sinistralidade e variação de custos são definidos com observância de cálculos atuariais próprios, não podendo a cláusula ser considerada, por si só, abusiva. A regra está prevista, inclusive, na Resolução n.º 565/2022 da ANS:



Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste: I – deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de doze meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato; II – na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à database de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato; III – nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I deste artigo.

Assim, mesmo se tratando de contrato coletivo por adesão, já existe entendimento pátrio no sentido que verificada a abusividade do reajuste, deve o mesmo ser anulado, determinando-se a aplicação do reajuste prescrito pela ANS para os planos de pessoa física.

Entretanto, o referido pedido exordial para que o reajuste seja limitado ao percentual aprovado pela ANS, perdeu o objeto, em razão do óbito da parte autora, beneficiária do plano de saúde.

À vista disso, no que diz respeito a devolução dos valores pagos a maior pela autora, assiste razão aos apelantes à repetição do indébito, na qualidade de





herdeiros, conforme o disposto no artigo 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor (CDC). O Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao julgar o EAREsp nº. 676.608/RS, consolidou o entendimento de que a restituição em dobro é cabível quando a cobrança indevida configura conduta contrária à boa-fé objetiva, prescindindo da comprovação de má-fé.

No presente caso, a aplicação de reajuste tão elevado sem qualquer justificativa técnica não pode ser considerada mero engano justificável, impondo-se, por conseguinte, a devolução em dobro.

Nesse sentido:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO REVISIONAL COM DECLARATÓRIA E INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE DE MENSALIDADE. PARTE AUTORA ALEGA ABUSIVIDADE. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. RECURSO APRESENTADO PELA PARTE AUTORA E RÉ. RECURSO DESPROVIDO DA PRIMEIRA AGRAVANTE. DEMAIS RECURSOS PARCIALMENTE PROVIDOS. 1. Trata-se de ação revisional de mensalidade de plano de saúde com declaratória, cobrança e indenizatória, proposta em face da Qualicorp Administradora de Benefícios S/A e da Unimed Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda, em que pretende a parte autora a revisão da mensalidade, com a devida devolução da diferença e a declaração de cobrança abusiva. 2. Alegação de ilegitimidade passiva da ré Qualicorp que se afasta. Existência de solidariedade entre a administradora de benefícios e da operadora do plano, que integram a mesma cadeia de prestação de serviços. 3. Ausência de violação de poder. Intervenção do Poder Judiciário que se justifica por se tratar de direito fundamental. Intervenção que se limita a apreciar se houve ilegalidade ou abusividade na aplicação dos reajustes. 4. Contrato objeto da ação que se trata do chamado "falso coletivo". Plano que apenas contém duas beneficiárias, a autora e sua dependente. Precedente do STJ. Plano que deve ser tratado como individual/familiar. 5. Necessidade de revisão dos reajustes anuais para aplicar os índices de reajustes da ANS para planos individuais. Revisão que respeitará o prazo trienal, devolvendo-se os valores pagos a



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

maior. 6. Exclusão dos reajustes por sinistralidade, pois não cabe em planos individuais. 7. Reajustes por faixa etária que foram aplicados de forma correta, não apresentando abusividade nesse ponto. 8. Inadequada prestação dos serviços que gerou inegável dano moral à parte autora. Valor fixado em R\$ 5.000,00, a título de dano moral, que se mostra razoável ao caso concreto. 9. Honorários fixados na sentença que merecem reparo para se adequar ao § 2º, do art. 85 do CPC. 10. Recurso da ré Qualicorp desprovido. Recursos da parte autora e da Unimed parcialmente providos. (TJ-RJ - APELAÇÃO: 00047055820198190038 202400145083, Relator: Des(a). PAULO WUNDER DE ALENCAR, Data de Julgamento: 13/08/2024, DECIMA OITAVA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 15ª CÂMARA CÍVEL), Data de Publicação: 15/08/2024).

Apelação. Direito do consumidor. Revisional. Plano de saúde coletivo. Reajuste por sinistralidade. Ausência de prova da regularidade. Perícia atuarial. Autora que postula declaração de nulidade dos aumentos aplicados a seu plano de saúde, devolução dos valores cobrados a maior, e pagamento de indenização pelos danos morais sofridos. Sentença que reconhece, com base na perícia, a legalidade de dois dos três reajustes aplicados: por faixa etária e o anual. A parte autora não interpôs recurso contra a parte da sentença que reconheceu a validade dos reajustes anteriormente mencionados ou aquela que julgou improcedente o pleito de pagamento de indenização pelos danos morais supostamente sofridos. No que tange a tais temas houve trânsito em julgado, motivo pelo qual não serão objeto de análise no presente recurso que se limita a debater a legalidade ou não do reajuste por sinistralidade aplicado ao contrato da apelada. Esse reajuste é exclusivo dos planos de saúde coletivos e ocorre quando há utilização dos serviços acima da média normal ou aumento dos custos dos insumos que compõem a assistência médica e hospitalar. Em tais casos, é lícito à operadora, através da realização de cálculos atuariais, aumentar o valor da mensalidade. Trata-se, portanto, de uma reposição de custos diante da intensa utilização dos serviços pelo grupo de beneficiários. Para avaliar a base dos aumentos aplicados, produziu-se prova pericial atuarial, oportunidade em que o expert nomeado concluiu que não poderia atestar que os reajustes estavam de acordo com as normas regulamentares porque os documentos juntados pela parte ré não são suficientes para comprovar a legalidade dos cálculos realizados para definir os índices aplicados no caso concreto. As assertivas do perito



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

no sentido que os reajustes não podem ser efetuados sem o respectivo estudo atuarial coaduna-se perfeitamente ao entendimento perfilhado pelo Superior Tribunal de Justiça segundo o qual, além dos demais requisitos exigidos, necessário se faz que "não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso". Temas nº 952 e 1016 do Superior Tribunal de Justiça aplicados analogicamente ao caso concreto. A autora fez prova mínima de seu direito, na forma do artigo 333, I do Código de Processo. Quanto à ré, não logrou êxito em fazer prova de fato extintivo, modificativo ou impeditivo do direito da consumidora, ônus que lhe incumbia. De fato, os documentos juntados não demonstram como a operadora do plano chegou aos reajustes efetivamente praticados, ou seja, não são suficientes para demonstrar a licitude e a não abusividade dos percentuais aplicados. Restando evidente que as apelantes não lograram êxito em demonstrar a licitude e não abusividade dos reajustes, revela-se ilícita a interpretação de cláusula contratual permissiva do aumento das mensalidades de plano de saúde com base em critérios desconhecidos, por colocar o consumidor em extrema desvantagem, conforme preconizado pelo art. 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor. No caso, não se trata de anular a cláusula concernente ao reajuste por sinistralidade, e sim em reconhecer indevidos os percentuais aplicados ao caso concreto. Precedentes TJERJ. Desta forma, correta a sentença ao afastar o reajuste por sinistralidade aplicado. Não tendo sido possível determinar o percentual correto em virtude da ausência de documentação pelas rés, deve-se aplicar a média do mercado em contratos similares. Recursos aos quais se nega provimento. (TJRJ, Apelação Cível nº 0020226-82.2018.8.19.0004, Des(a). Mario Assis Gonçalves - Julgamento: 26/02/2025 - Quinta Câmara De Direito Privado).

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO DE APELAÇÃO. AÇÃO REVISIONAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. REAJUSTE ANUAL POR SINISTRALIDADE. AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO ATUARIAL. DEVOLUÇÃO SIMPLES DOS VALORES PAGOS A MAIOR. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. I. CASO EM EXAME: Ação revisional de cláusulas contratuais c/c indenização por danos morais, na qual o autor alega abusividade dos reajustes anuais aplicados por ausência de comprovação atuarial da variação da sinistralidade e dos custos



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

médico-hospitalares. A sentença julgou improcedentes os pedidos autorais sob o fundamento de que o autor aderiu o contrato coletivo ciente dos critérios de reajustes nele previstos e que a cláusula de sinistralidade, por si só, não é abusiva. Em função disso, a parte autora interpôs o presente recurso de apelação. II. QUESTÕES EM DISCUSSÃO: Há duas questões em discussão: (i) saber se os reajustes anuais aplicados ao plano de saúde coletivo por adesão entre os anos de 2014 e 2020 foram devidamente justificados por base atuarial; (ii) saber se é cabível a devolução em dobro dos valores pagos a maior, bem como a indenização por danos morais. III. RAZÕES DE DECIDIR: (i) A relação entre consumidor e operadora de plano de saúde coletivo por adesão é regida pelas normas do Código de Defesa do Consumidor, aplicando-se a responsabilidade objetiva e a teoria do risco do empreendimento (arts. 2º e 3º, § 2º do CDC). (ii) A Resolução nº 565/2022 da ANS impõe à operadora o dever de justificar os reajustes por sinistralidade com base em dados atuariais, o que não ocorreu no caso concreto. (iii) Laudo pericial atuarial atestou a ausência de fundamentação técnica para os reajustes de 2014 a 2020, concluindo por sua abusividade, o que atrai a aplicação dos índices médios de mercado e com observância à normativa da ANS. (iv) A jurisprudência do STJ, ao julgar os Temas Repetitivos nº 952 e 1016, reconheceu a validade do reajuste por faixa etária e por sinistralidade desde que observados os critérios de legalidade, razoabilidade e base atuarial idônea, o que não se verificou nos autos. (v) A devolução dos valores pagos a maior deve ocorrer de forma simples, pois os reajustes ocorreram antes da modulação dos efeitos fixada no EAREsp nº 600.663/RS (DJe de 30.3.2021), não havendo demonstração de má-fé da operadora. (vi) O pedido de indenização por danos morais deve ser rejeitado, uma vez que a discussão contratual não caracteriza, por si só, violação a direito da personalidade, conforme entendimento doutrinário e jurisprudencial consolidado. IV. DISPOSITIVO E TESE Recurso parcialmente provido. Tese de julgamento: 1. É abusivo o reajuste por sinistralidade aplicado sem a devida fundamentação atuarial. 2. A devolução dos valores pagos a maior, em casos anteriores à modulação dos efeitos do EAREsp nº 600.663/RS, deve ser simples, face à inexistência de demonstração da má-fé da operadora. 3. A simples cobrança indevida resultante de discussão contratual não configura, por si só, o dano moral. Dispositivos relevantes citados: CC, art. 206, § 3º, IV; CDC, arts. 2º, 3º, § 2º, 4º, I, 6º, III, 42, parágrafo único; CPC, art. 85, § 11; Resolução ANS nº 565/2022, art. 27. Jurisprudência relevante citada:



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

STJ, Tema (s) Repetitivo (s) nº 952, 1016; STJ, EAREsp nº 600.663/RS, Rel. Min. Herman Benjamin, Corte Especial, j. 21/2/2024; TJRJ, Apelação Cível nº 0020226-82.2018.8.19.0004, Rel. Des. Mario Assis Gonçalves, Quinta Câmara de Direito Privado, j. 26/2/2025. (TJ-RJ - APELAÇÃO: 00251764120218190001, Relator: Des(a). TERESA DE ANDRADE CASTRO NEVES, Data de Julgamento: 05/06/2025, DECIMA TERCEIRA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 22ª CÂMARA CÍVEL), Data de Publicação: 10/06/2025)

Ementa: AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL COM REDUZIDO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS TODOS DO MESMO GRUPO FAMILIAR. NATUREZA JURÍDICA IDENTIFICADA COMO “FALSO COLETIVO”. REAJUSTES ABUSIVOS. APLICAÇÃO DOS ÍNDICES DA ANS A SER FEITA NA FORMA DOS PLANOS INDIVIDUAIS. CONCESSÃO DE TUTELA ANTECIPADA. RECURSO PROVIDO. I. CASO EM EXAME 1. Agravo de instrumento interposto contra decisão que indeferiu pedido de tutela provisória para aplicação dos índices de reajuste da ANS, próprios de planos individuais, a contrato de plano de saúde classificado como coletivo empresarial, firmado por empresa em benefício de seu sócio-administrador e familiares. A parte agravante alegou que o contrato se caracteriza como “falso coletivo” e impugnou a aplicação de reajustes acumulados de 56,84% no período de 2020 a 2025, sustentando a abusividade. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. São as seguintes as questões em discussão: (i) definir se o contrato de plano de saúde, embora celebrado como coletivo empresarial, configura-se como “falso coletivo”, sendo passível de equiparação aos planos individuais/familiares; (ii) estabelecer se estão presentes os requisitos do art. 300 do CPC para concessão de tutela de urgência, a fim de limitar os reajustes aos índices autorizados pela ANS para planos individuais. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. A jurisprudência do STJ admite, em caráter excepcional, que contratos de plano de saúde coletivo com número reduzido de beneficiários sejam tratados como planos individuais, desde que verificada a inexistência de vínculo funcional ou associativo entre os beneficiários e a pessoa jurídica contratante, caracterizando-se como “falso coletivo”. 4. No caso concreto, os documentos juntados comprovam que todos os beneficiários do plano de saúde possuem vínculo familiar direto com o sócio-administrador da empresa contratante, o que evidencia o desvirtuamento da finalidade do plano coletivo empresarial. 5. A existência de apenas seis beneficiários, todos pertencentes



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

ao mesmo núcleo familiar, justifica a equiparação do contrato às regras aplicáveis aos planos individuais, inclusive quanto à limitação dos reajustes aos índices fixados anualmente pela ANS. 6. Restou demonstrada a verossimilhança das alegações da parte agravante, diante da ausência de justificativa técnico-atuarial para os aumentos praticados, configurando-se a probabilidade do direito nos termos do art. 300 do CPC. 7. O perigo de dano decorre da possibilidade de inadimplência e consequente cancelamento do plano de saúde em razão da onerosidade excessiva dos reajustes, sobretudo diante da presença de beneficiários idosos que dependem da continuidade do tratamento médico. 8. A reversibilidade da medida está assegurada, uma vez que eventual compensação financeira poderá ser ajustada ao final da demanda, não havendo risco de prejuízo irreparável à operadora. IV. DISPOSITIVO E TESE 9. Recurso provido, ratificando-se a decisão que deferiu o efeito suspensivo. Tese de julgamento: 1. É possível, excepcionalmente, a equiparação de contrato de plano de saúde coletivo empresarial a plano individual quando demonstrado tratar-se de "falso coletivo", com número reduzido de beneficiários pertencentes ao mesmo núcleo familiar. 2. A presença concomitante dos requisitos do art. 300 do CPC e probabilidade do direito, perigo de dano e reversibilidade da medida, autoriza a concessão de tutela de urgência para limitar os reajustes às faixas autorizadas pela ANS para planos individuais. Dispositivos relevantes citados: CPC, art. 300. Jurisprudência relevante citada: STJ, AgInt no AREsp n. 2.085.003/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 15/8/2022, DJe de 18/8/2022; STJ, AgInt no REsp n. 1.952.928/SP, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 27/3/2023, DJe de 31/3/2023; TJ/RJ, AI 0100473-52.2024.8.19.0000, Des. Cíntia Santarém Cardinali, j. 30.04.2025; TJ/RJ, AI 0098056-63.2023.8.19.0000, Des. Cleber Ghelfenstein, j. 09.05.2024. (TJ-RJ - AGRAVO DE INSTRUMENTO: 00131004620258190000, Relator: Des(a). CRISTINA TEREZA GAULIA, Data de Julgamento: 27/05/2025, QUARTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 5ª CÂMARA CÍVEL), Data de Publicação: 29/05/2025)

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. SENTENÇA QUE JULGOU PROCEDENTE O PEDIDO PARA DECLARAR A ABUSIVIDADE E A NULIDADE DO AUMENTO DE SINISTRALIDADE EM 43,64% APLICADO NO ANO DE 2020, NA MENSALIDADE DE 03.2020; CONDENAR A RÉ A PROCEDER AOS REAJUSTES NOS ÍNDICES FIXADOS PELA ANS, SENDO DE 10% (DEZ POR CENTO) O





ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PODER JUDICIÁRIO

PERCENTUAL PARA O ANO DE 2020; CONDENAR A RÉ A DEVOLVER A QUANTIA PAGA A MAIS, EM DOBRO, NA FORMA DO ART. 42, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CDC; E CONDENAR A RÉ A PAGAR INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS NO VALOR DE R\$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS). REAJUSTE EM PERCENTUAL ABUSIVO À LUZ DO CDC. DESEQUILÍBRIO DO CONTRATO. ONEROSIDADE EXCESSIVA. OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE QUE NÃO PROVOU A LEGALIDADE DOS AUMENTOS. ÔNUS QUE COMPETE AO REU, NA FORMA DO ARTIGO 373, II, DO CPC. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO CONFIGURADA. DEVOLUÇÃO EM DOBRO ANTE À VIOLAÇÃO À BOA-FÉ OBJETIVA. DANO MORAL CONFIGURADO. VERBA FIXADA QUE ESTÁ ATÉ MESMO ABAIXO DA NORMALMENTE ARBITRADA NO TJRJ. RECURSO CONHECIDO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. (TJ-RJ - APELAÇÃO: 01742301820208190001, Relator: Des(a). LUCIA HELENA DO PASSO, Data de Julgamento: 17/03/2022, DECIMA PRIMEIRA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 27ª CÂMARA CÍVEL), Data de Publicação: 22/03/2022).

Dano Moral

No tocante ao dano moral, este não restou configurado. Em que pese o aborrecimento decorrente de discussão judicial de cláusulas contratuais, não houve ofensa à direito da personalidade com repercussão na esfera existencial.

A situação vivenciada não enseja a indenização postulada. Ainda que equivocada a interpretação de cláusulas contratuais, não gera, por si só, a ocorrência de dano moral, à míngua de circunstância que atente contra a dignidade da parte.

No caso presente, não é possível aferir se o dano efetivamente restou caracterizado pela aplicação do reajuste da maneira como foi realizado pela operadora. Ademais, o dano moral não decorre, necessariamente, apenas da situação vivenciada, dependendo da sua demonstração por aquele que se diz moralmente abalado.





Por tais razões, rejeita-se o pedido de indenização a título de dano moral.

Pelo exposto, voto no sentido **de conhecer e dar parcial provimento ao presente recurso**, para reformar parcialmente a sentença, para condenar a ré na restituição em dobro dos valores pagos a maior pela autora/*de cujus*, aos apelantes, acrescida de correção monetária desde cada desembolso e juros de mora a partir da citação. A condenação deverá ser corrigida monetariamente pelo IPCA e os juros calculados com base na taxa Selic, deduzido o índice de atualização monetária, na forma do art. 406, § 1.º, do Código Civil, com redação dada pela Lei nº 14.905 /2024. Em razão do provimento parcial do recurso, fixo os honorários advocatícios de sucumbência devido pela ré, em 10% sobre o valor da condenação, na forma do art. 85, § 11, do CPC.

Rio de Janeiro, na data da assinatura digital.

ALESSANDRO OLIVEIRA FELIX
DESEMBARGADOR RELATOR