

B" H

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DA __ VARA CÍVEL DO FORO CENTRAL DA COMARCA DE SÃO PAULO/SP

**URGENTE – PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA –
redução de mensalidades abusivas, em desconformidade com
os índices da ANS de plano “falso coletivo”**

SANLOR SERVIÇO DE LEVANTAMENTO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVA EMPRESARIAL LTDA inscrita no CNPJ sob nº 16.800.894/0001-34 com sede na Rua Albion, nº 421 (fundos), Lapa, São Paulo/SP, CEP: 05077-130, neste ato representada por seu sócio administrador **LAURO KERRY DOS SANTOS**, brasileiro, casado, empresário, portador de Cédula de Identidade RG: 713712 SSP/MS e inscrito no CPF/MF sob o nº 279.049.798-29, residente e domiciliado na Rua Albion, nº 421 (fundos), Lapa, São Paulo/SP, CEP: 05077-130, neste ato representada por seus advogados (**Docs. 01 e 02**), vem, respeitosamente, a presença de V. Exa. pela presente, propor:

ACÃO PELO PROCEDIMENTO COMUM COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA

em face de **SUL AMÉRICA SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.866.602/0001-51, com endereço na Alameda Santos, nº 2101, 4º andar, São Paulo/SP, CEP: 01419-100, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

I – PRELIMINARMENTE

a) DA JUSTIÇA GRATUITA

A autora requer que seja concedida Gratuidade da Justiça, vez que a pessoa jurídica tem direito à concessão do benefício da assistência judiciária gratuita, desde que comprove a incapacidade de arcar com as custas sem comprometer a sua manutenção.

Ressalta-se, nesse diapasão, para comprovar a impossibilidade de arcar com as custas, a autora traz junto a inicial, a declaração de hipossuficiência assinada pela representante da autora, a declaração de IRPJ e o extrato bancário dos últimos 03 meses (**Doc. 03, 04 e 05 – Declaração de Hipossuficiência, IRPJ e Extratos**), possivelmente até fechando suas portas e decretando estado de falência, tudo devido as dificuldades econômico-financeiras enfrentadas no momento.

Desse modo, conseqüentemente, torna-se inviável o custeio das despesas processuais e o pagamento dos honorários do perito, pleiteando, portanto, os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, assegurados pela Lei nº 1060/50 e consoante o art. 98, *caput*, do novo CPC/2015, *verbis*:

“Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.”

Infere-se do excerto acima que qualquer uma das partes no processo pode usufruir do benefício da justiça gratuita. Logo, a autora, pessoa jurídica, também faz jus ao benefício, haja vista não ter condições de arcar com as despesas do processo sem prejuízo de sua manutenção.

Os entendimentos jurisprudenciais pacificados pelos tribunais pátrios corroboram a pretensão argumentada, conforme se vislumbra da análise dos precedentes declinados:

“PROCESSUAL CIVIL. ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA. PESSOA JURÍDICA. NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS. 1. A pessoa jurídica necessita comprovar a insuficiência de recursos para arcar com as despesas inerentes ao exercício da jurisdição. Precedentes. 2. Agravo regimental improvido” (STF – Segunda Turma, AI 652954 AgR/SP, Rel. Min. ELLEN GRACIE, DJ 18/08/2009).

“AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AUSÊNCIA DE ARGUMENTOS CAPAZES DE INFIRMAR OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA. PESSOA JURÍDICA. HIPOSSUFICIÊNCIA. COMPROVAÇÃO. NECESSIDADE. REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7. Não merece provimento recurso carente de argumentos capazes de desconstituir a decisão agravada. As pessoas jurídicas tem direito à concessão do benefício da assistência judiciária gratuita desde que comprovem a incapacidade de arcar com as custas processuais em detrimento da manutenção da empresa”. (...) (AgRg no Ag 776376 / RJ; Agravo Regimental no Agravo de Instrumento, 2006/0117503-3, Relator, Ministro Humberto Gomes de Barros, Terceira Turma, DJ 11.09.2006 p. 277.)

Pois bem, *in casu*, a jurisprudência supramencionada enquadra-se perfeitamente, posto que ratifica o direito à concessão do benefício da justiça gratuita às pessoas jurídicas desde que demonstrado a impossibilidade de custear as despesas processuais em prejuízo da atividade empresarial.

Mister frisar, ainda, que, em conformidade com o art. 99, § 1º, do novo CPC/2015, o pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado por petição simples e durante o curso do processo, tendo em vista a possibilidade de se requerer em qualquer tempo e grau de jurisdição os benefícios da justiça gratuita, ante a alteração do status econômico.

Corroborando com esse entendimento, o NCPC incorporou a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre o tema. Especificamente, a Súmula nº 481, transcrita a seguir:

Súmula nº 481. *Faz jus ao benefício da justiça gratuita a pessoa jurídica com ou sem fins lucrativos que demonstrar sua impossibilidade de arcar com os encargos processuais.*

Nessa senda, conforme a inteligência do STJ, a título de comprovação da alegação de insuficiência de recursos, traz-se, em anexo, toda a documentação necessária para a demonstração da impossibilidade da autora em arcar com os encargos processuais e honorários periciais.

b) DO ENTENDIMENTO PACÍFICO DO EGRÉGIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO EM CASOS IDÊNTICOS

Antes de se adentrar aos fatos e fundamentos da lide propriamente ditos, a empresa autora pede vênias para abrir este tópico, no intuito de



demonstrar que a solução do litígio é clara e inequívoca, tendo em vista a verossimilhança dos direitos alegados, que fornecem todo o suporte necessário para a procedência da presente demanda.

Decisões deste Tribunal, proferidas em demandas análogas ao presente caso, demonstram tratar de abusividade perpetrada pela ré ao majorar, com base na sinistralidade, de forma desarrazoada, sem respaldo contratual ou legal e em desacordo com os índices previstos pela Agência Nacional de Saúde – ANS, a mensalidade do plano de saúde da autora, conhecido como “falso coletivo”:

“APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – **REAJUSTE CONTRATUAL DE PLANO DE SAÚDE - FALSO COLETIVO (5 vidas)**. CERCEAMENTO DE DEFESA - Não configurado - Prova documental suficiente para o julgamento da causa - Inexiste necessidade de produção de outras provas - Desnecessidade de prova pericial – Instrumento contratual se mostra suficiente para o deslinde da causa. **REAJUSTE ABUSIVO – Em se tratando de plano de saúde denominado falso coletivo, com apenas cinco vidas, impõe-se o tratamento reservado aos planos individuais e familiares, com aplicação dos índices da ANS** – Percentual de reajuste superior a 72% entre 2021 e 2023 – Ausência de justificativa para tal percentual de majoração pela ré – Abusividade constatada – **Restituição dos valores pagos indevidamente que deve ser mantida, coibindo-se o enriquecimento indevido da operadora. HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS – Manutenção da condenação da ré em honorários de sucumbência – Majoração em sede recursal nos termos do art. 85, §11, do CPC, fixados em 12% sobre o valor da causa. RECURSO DA RÉ DESPROVIDO.**” (TJSP; Apelação Cível 1158434-61.2023.8.26.0100; Relator (a): João Battaus Neto; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 1); Foro Central Cível - 42ª Vara Cível; **Data do Julgamento: 20/09/2024; Data de Registro: 20/09/2024**) (g.n.)

“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE. SINISTRALIDADE. Sentença de parcial procedência, para **determinar a aplicação do regime dos contratos individuais/familiares, com a observância das condições e das coberturas contratadas originalmente, incluindo os índices de reajustes estabelecidos pela ANS para os contratos de saúde individuais/familiares, com a devida restituição dos valores pagos a maior,** mediante apuração em liquidação de sentença, com a realização de prova pericial, observada a prescrição trienal.



Inconformismo. Não acolhimento. Preliminar. Prescrição. Inocorrência. Repetição do indébito fundada no enriquecimento sem causa. Artigo 206, § 3º, IV, do Código Civil de 2002. Mérito. **Contrato em análise que é, na verdade, o que se convencionou chamar de "falso coletivo". Sete beneficiários, todos da mesma família, o que atrai a incidência das regras da ANS para os contratos individuais e familiares. Real intenção e finalidade do ajuste que é o de proteção do grupo familiar. Precedentes. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO.**” (TJSP; Apelação Cível 1031556-81.2023.8.26.0071; Relator (a): Clara Maria Araújo Xavier; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Bauru - 5ª Vara Cível; **Data do Julgamento: 18/09/2024; Data de Registro: 19/09/2024**) (g.n.)

“Apelação. **Plano de saúde coletivo empresarial. Reajuste por sinistralidade e VCMH. Regularidade, em tese, da cláusula contratual que os estipulam. Necessidade, todavia, de informação e transparência no contrato, evitando que a cláusula seja mecanismo de alteração unilateral e aleatório do conteúdo contratual. Precedentes. Ineficácia do reajuste questionado no caso concreto, em razão da falta de demonstração de como obtidos os índices aplicados. Ônus da prova quanto à demonstração do aumento dos custos e da sinistralidade que incumbia à operadora. Exclusão dos reajustes questionados. Aplicação analógica do índice adotado pela ANS para contratos individuais e familiares. Restituição dos valores pagos a maior.** Demanda julgada procedente. Recurso provido.” (TJSP; Apelação Cível 1079873-26.2023.8.26.0002; Relator (a): Enéas Costa Garcia; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 9ª Vara Cível; **Data do Julgamento: 19/01/2024; Data de Registro: 19/01/2024**) (g.n.)

“APELAÇÃO. **Plano de saúde coletivo.** Ação de obrigação de fazer c/c exibição de documentos. **Reajustes por sinistralidade** (VCMH). Sentença de improcedência. Inconformismo. Incidência do CDC. Aplicação da Súmula 608 do C. STJ. **Possibilidade de aplicação de reajustes financeiros e por sinistralidade para reequilíbrio contratual, desde que demonstrada sua necessidade, o que não ocorreu. Requerida que deixou de apresentar os documentos necessários à realização de eventual perícia, impossibilitando a apuração do índice real a ser aplicado. Medida que se impõe é a manutenção do**



afastamento dos reajustes, permitidos apenas os índices da ANS, tornando a ação procedente. Devida a devolução dos valores pagos a maior, respeitada o prazo prescricional trienal. Sentença reformada para julgar a ação procedente. Recurso provido.” (TJSP; Apelação Cível 1117982-09.2023.8.26.0100; Relator (a): José Rubens Queiroz Gomes; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 26ª Vara Cível; **Data do Julgamento: 18/01/2024; Data de Registro: 18/01/2024**) (g.n.)

“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE. SINISTRALIDADE. FAIXA ETÁRIA. **Sentença de parcial procedência, para declarar abusiva a majoração de 65% (sessenta e cinco por cento) na mensalidade das autoras, condenando a ré a readequar a majoração da mensalidade, observando-se os índices da tabela indicada às fls. 06 e restituindo-lhes, de forma simples, o valor cobrado em excesso, que deverá ser calculado em fase de liquidação de sentença, mantidos os reajustes anuais autorizados pela ANS, observada a prescrição trienal.** Inconformismo. Não acolhimento. **Ausência de comprovação, pela ré, de que os índices efetivamente aplicados ao contrato no período estão em consonância com a elevação dos custos médico-hospitalares e/ou sinistralidade.** Ausência de impugnação acerca da tabela de reajuste por faixa etária apresentada às fls. 06, inclusive no que toca à sistemática de verificação, adotada na r. sentença, das variações de percentuais acumuladas entre os dois grupos de faixas etárias constantes do artigo 3º, II, da Resolução 63/2003. Razões recursais que beiram à inobservância do princípio da dialeticidade recursal. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO.” (TJSP; Apelação Cível 1021708-81.2020.8.26.0554; Relator (a): Clara Maria Araújo Xavier; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santo André - 3ª Vara Cível; **Data do Julgamento: 15/01/2024; Data de Registro: 16/01/2024**) (g.n.)

E ainda, ressaltando que a Resolução Normativa nº 195/2009 foi revogada pela atual Resolução Normativa nº 557/2022, temos o Enunciado nº 35 da 1ª Jornada de Direito da Saúde do CNJ: “**Nos planos coletivos, contratados a partir da vigência da Resolução Normativa n. 195/09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em que não for comprovado o vínculo entre o consumidor e a pessoa jurídica contratante na forma da regulamentação da ANS, o tipo de contratação do consumidor cujo vínculo não for comprovado, deve ser considerado individual para efeitos de rescisão e reajuste, não se aplicando aos planos das empresas e entidades de autogestão**”.

Assim, conforme se demonstrará, a ré vem aplicando aumentos anuais em percentuais totalmente desarrazoados e injustificados, desde o ano de 2023, de modo que os preços das mensalidades se encontram exorbitantes, tornando inviável a manutenção do plano de saúde.

II - DOS FATOS

Trata-se de um plano empresarial com cinco beneficiários do mesmo núcleo familiar, o representante da empresa, sua esposa e seus três filhos, caracterizando-se como um “falso coletivo”, os quais possuem carteirinhas sob os números 88888 0143 2361 0019 (Lauro Kerry dos Santos – titular); 88888 0143 2361 0027 (Bruna de Holanda Carnellosso – esposa); 88888 0143 2361 0108 (Rocco Carnellosso Kerry Santos – filho); 88888 0143 2361 0116 (Zion Carnellosso Kerry Santos – filho); e 88888 0143 2361 0124 (Bruna Carnellosso Kerry Santos - filha) (**Docs. 06, 07 e 08**), no qual os reajustes são aplicados com base na sinistralidade. No entanto, verificou-se que, ao longo dos anos, foram aplicados reajustes abusivos.

Ficará evidente, conforme cálculos abaixo elencados que, os reajustes abusivos ameaçam a continuidade do plano, gerando insegurança financeira.

Procurando compreender os reajustes para prever sua aplicação futura, o cliente recorreu ao documento das condições gerais do plano de saúde e constatou que os reajustes são baseados na sinistralidade, aplicando-se sempre que o Índice de Reajuste de Sinistralidade (IRS) ultrapassar 0,65, sendo obrigatórios quando o IRS exceder 1. O cálculo do reajuste máximo é complexo, uma vez que leva em consideração a variação dos custos médicos e o IRS, o que pode dificultar a compreensão por parte dos consumidores, gerando, assim, o risco de cobranças indevidas. Tal situação é evidenciada na **Clausula 27.1.4 “Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade”** das condições gerais do plano (**Doc. 09**).

A autora e seus dependentes são segurados da operadora desde setembro de 2022, com exceção à filha do representante legal, Laura, que ingressou em janeiro do presente ano. Nos anos de 2023 e 2024, os reajustes aplicados no aniversário do plano foram, significativamente, superiores aos índices estabelecidos pela ANS. Os índices aplicados pela operadora foram idênticos em todas as mensalidades, tornando-se abusivos quando comparados aos percentuais autorizados pela ANS, senão vejamos: (**Docs. 10 e 11**).

❖ LAURO KERRY DOS SANTOS

- Em 2023, a operadora reajustou as mensalidades em 24,76%, enquanto o percentual autorizado pela ANS foi de 9,63%.
- No ano de 2024, a operadora aplicou um reajuste de 19,67%, enquanto o percentual autorizado pela ANS foi de apenas 6,91%, gerando uma diferença de 12,76%. Além disso, em outubro de 2024, a autora foi surpreendida com um aumento adicional de

19,85% em razão da mudança de faixa etária. Embora o reajuste esteja previsto contratualmente, tal percentual agrava significativamente a onerosidade imposta à consumidora, sobretudo considerando que o próprio contrato preceitua que o reajuste aplicável seria de 19,54%. Essa discrepância, ainda que aparentemente mínima, evidencia a falta de transparência e o desrespeito ao equilíbrio contratual, ferindo os princípios previstos no Código de Defesa do Consumidor.

- Em 2025, até o momento, ainda não houve aplicação de reajuste.

❖ **BRUNA DE HOLANDA C. KERRY DOS SANTOS**

- Em 2023, a operadora reajustou as mensalidades em 24,76%, enquanto o percentual autorizado pela ANS foi de 9,63%.
- No ano de 2024, a operadora aplicou um reajuste de 19,67%, enquanto o percentual autorizado pela ANS foi de apenas 6,91%, gerando uma diferença de 12,76%. Além disso, em outubro de 2024, sofreu um aumento adicional de 8,50% sem qualquer justificativa, agravando ainda mais a onerosidade imposta ao consumidor.
- Em 2025, até o momento, ainda não houve aplicação de reajuste.

❖ **LAURA CARNELOSSO KERRY DOS SANTOS**

- A Sra. Laura ingressou no plano em 2025, portanto, ainda não houve nenhum reajuste em sua mensalidade.

❖ **ROCCO CARNELOSSO KERRY DOS SANTOS**

- Em 2023, a operadora reajustou as mensalidades em 24,76%, enquanto o percentual autorizado pela ANS foi de 9,63%.
- No ano de 2024, a operadora aplicou um reajuste de 19,67%, enquanto o percentual autorizado pela ANS foi de apenas 6,91%, gerando uma diferença de 12,76%.
- Em 2025, até o momento, ainda não houve aplicação de reajuste.

❖ **ZION CARNELOSSO KERRY DOS SANTOS**

- Em 2023, a operadora reajustou as mensalidades em 24,76%, enquanto o percentual autorizado pela ANS foi de 9,63%.
- No ano de 2024, a operadora aplicou um reajuste de 19,67%, enquanto o percentual autorizado pela ANS foi de apenas 6,91%, gerando uma diferença de 12,76%.
- Em 2025, até o momento, ainda não houve aplicação de reajuste.

Atualmente, a autora paga mensalidade no valor de R\$ 3.319,01, muito acima do que seria devido caso fossem aplicados os índices da ANS, cujo valor correto seria R\$ 2.653,75 (**vide docs. 10 e 11**).

Ainda que, a autora venha a ter recebido algumas notificações de ciência de reajustes aplicados em seu Plano de Saúde, estas não possuem nenhuma eficácia, pois estão completamente em desacordo ao permitido quando comparado com os índices da ANS (**doc. 12**).

Desta forma, a autora requer o reconhecimento do plano como “falso coletivo”, visto que todos os beneficiários pertencem ao mesmo núcleo familiar, sujeitando-o às regras dos planos individuais; a declaração de abusividade dos reajustes aplicados desde julho de 2023, determinando a limitação aos índices da ANS ou, subsidiariamente, a aplicação de um percentual razoável e compatível com o aumento dos custos médico-hospitalares; a devolução dos valores pagos a maior nos últimos três anos, devidamente corrigidos pelos índices do TJSP, totalizando R\$ 9.107,92; a concessão de tutela de urgência, determinando a imediata redução da mensalidade para R\$ 2.653,75, conforme os índices regulatórios da ANS.

III – DO DIREITO

a) DO CONTRATO “FALSO COLETIVO”, DA INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E DA NULIDADE DOS ÍNDICES ABUSIVOS DE REAJUSTE DE MENSALIDADE SEM QUALQUER PARÂMETRO

O contrato da autora, embora categorizado como empresarial, envolve apenas 05 (cinco) usuários do mesmo núcleo familiar, caracterizando-se como um 'falso coletivo', conforme jurisprudência nacional. Esse enquadramento exige a aplicação das normas destinadas aos planos individuais e familiares, estabelecidas pela ANS e pelas normas de proteção ao consumidor.

Nesse sentido, o Enunciado nº 35 da 1ª Jornada de Direito da Saúde do CNJ dispõe que, em contratos coletivos sem comprovação do vínculo entre o consumidor e a pessoa jurídica contratante, o plano deve ser tratado como individual para fins de rescisão e reajuste, não se aplicando tal regra a planos de autogestão.

Portanto, as normas aplicáveis ao presente caso são aquelas dos contratos individuais e familiares. Ademais, a relação jurídica entre as partes possui natureza consumerista, uma vez que a ré se enquadra como fornecedora nos termos do artigo 3º do Código de Defesa do Consumidor:

*“Art. 3º. Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.
§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.
§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.”.*

A esse respeito, já está pacificado o entendimento de que aos contratos de plano de saúde incide o Código de Defesa do Consumidor (CDC – Lei nº 8.078/90), conforme a Súmula nº 608 do Superior Tribunal de Justiça:

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

Assim, temos que o direito da autora reside no fato de que a ré deve ser clara ao apresentar as informações acerca dos critérios utilizados para majorar os preços das mensalidades, em virtude da relação de consumo estabelecida entre as partes, aplicando-se ao caso o CDC, conforme estabelece a Súmula 100 do TJ/SP:

“O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais.”

Portanto, mesmo havendo a previsão contratual de possibilidade de reajustamento dos prêmios mensais, seja em virtude de mudança de faixa etária, por variação dos custos médicos e hospitalares, sinistralidade ou outro critério, não há dúvida de que referida cláusula deve ser considerada abusiva, quando aplicada de forma desarrazoada e sem levar em conta o dever de informação como no presente caso:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

[...]

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade,



tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas.” (g.n.)

Conforme se verifica, o legislador consumerista estipulou uma série de normas que decorrem lógica e necessariamente do art. 6.º, inc. III, do Código de Defesa do Consumidor, transformando o consumidor em detentor de um direito subjetivo à informação e, por conseguinte, conferindo ao fornecedor de serviços um dever de informação, consoante ensina Claudia Lima Marques:

“De um lado, o ideal de transparência no mercado acaba por inverter os papéis tradicionais: aquele que se encontrava na posição ativa e menos confortável (caveat emptor), aquele que necessitava atuar, informar-se, perguntar, conseguir conhecimentos técnicos ou informações suficientes para realizar um bom negócio, o consumidor, passou para a confortável posição de detentor de um direito subjetivo de informação (art. 6.º, III), enquanto aquele que se encontrava na segura posição passiva, o fornecedor, passou a ser sujeito de um novo dever de informação (caveat venditor), dever de conduta ativa (informar), o que significa, na prática, uma inversão de papéis (art. 46, 51, IV, e 54), e um início de inversão ex vi lege de ônus da prova” (In Código do Consumidor comentado pelos autores do anteprojeto. 08.ªEd. São Paulo: Forense Universitária, 2005, p. 717.

No caso em análise, **a ré não apresentou comprovação técnica para justificar os percentuais elevados dos reajustes aplicados**, dificultando a auditoria do contrato pelo consumidor e gerando desequilíbrio na relação contratual.

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor (arts. 46, 54, §4.º e 51, inc. IV), o fornecedor deve informar de forma clara o consumidor sobre cláusulas que limitem seus direitos, sob pena de nulidade. A autora e seus beneficiários, no entanto, desconhecem as variáveis e a fórmula utilizadas para os reajustes, uma vez que esses critérios são obscuros e exclusivamente acessíveis à seguradora.

A falta de transparência viola o dever de informação do CDC, permitindo à ré majorar os prêmios de forma abusiva, comprometendo o equilíbrio contratual e gerando onerosidade excessiva para a autora.

A prática da ré, ao aplicar reajustes **SEM COMPROVAÇÃO PRÉVIA**, contraria os princípios da boa-fé e equilíbrio contratual, previstos no CDC e Código Civil. Além disso, os demonstrativos (Docs. 07 e 08) mostram que os reajustes superaram os índices da ANS, reforçando a abusividade da conduta da ré.

A propósito, a lição de Cláudia Lima Marques, em "Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado" Ed. Livraria do Advogado, a respeito do tema:

"Os contratos de plano de assistência à saúde são contratos de cooperação (...) onde a solidariedade deve estar presente, não só enquanto mutualidade (...), mas enquanto cooperação com os mais velhos (...) enquanto cooperação para a manutenção dos vínculos e do sistema suplementar de saúde. (...) os contratos de planos de saúde são contratos cativos de longa duração, pois envolvem por muitos anos um fornecedor e um consumidor, com uma finalidade em comum, assegurar para o consumidor o tratamento e ajudá-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a saúde deste (...)"

E continua:

"...o legislador consciente que este tipo contratual é novo, dura no tempo, que os consumidores todos são cativos e que alguns consumidores, os idosos, são mais vulneráveis do que os outros, impõe a solidariedade na doença e na idade e regula de forma especial as relações contratuais e as práticas comerciais dos fornecedores, rivalizando com uma ação afirmativa a evitar e compensar uma discriminação existente no mercado em relação a estes consumidores" (p. 206).

"(...) A consequência desta vulnerabilidade especial criada pela catividade, pela longa duração e pela necessária divisão de prestações de saúde na cadeia de fornecimento organizada neste tipo contratual, é o fato de a legislação determinar a abusividade de cláusulas de fim de vínculo, de aumentos arbitrários face à faixa etária" (p. 209).

No presente caso, verifica-se que as cláusulas de reajuste impedem que se reconheça a lisura e a correção dos índices que serão aplicados, já que não há clareza na demonstração de como serão calculados faltando informação aos consumidores.

Referidas cláusulas, além de colocar o consumidor em desvantagem exagerada, ainda cria obstáculo à segurança que é esperada do pacto, sendo a

mesma incompatível com a boa-fé e a equidade e amoldando-se perfeitamente no disposto nos incisos IV e XI do art. 51 da Lei 8.078/90, a seguir descrito:

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

(...)

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

(...)

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

Vale também registrar que o contrato ora discutido é notoriamente classificado como de adesão, pois todas as suas cláusulas foram estabelecidas unilateralmente pela ré, sem qualquer possibilidade de discussão ou modificação de seu conteúdo por parte da autora. Sobre este tema, dispõe, ainda, o art. 54, §2º do CDC:

“Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.:

(...)

§ 2º Nos contratos de adesão admite-se cláusula resolutória, desde que a alternativa, cabendo a escolha ao consumidor, ressalvando-se o disposto no § 2º do artigo anterior.”

A natureza da relação jurídica de consumo permite flexibilizar cláusulas de contrato de seguro saúde que prejudiquem o consumidor, mitigando o princípio *pacta sunt servanda*. O interesse econômico de uma das partes não pode prevalecer sobre a dignidade humana, que é um dos fundamentos da República, nem sobre a função social do contrato (art. 421 do Código Civil). Considerando a hipossuficiência do consumidor, é possível limitar proporcionalmente os reajustes, respeitando os princípios da menor onerosidade e da razoabilidade, com base na dignidade da pessoa humana e no direito à saúde.

Assim, mesmo com a autonomia da vontade, as relações contratuais estão sujeitas ao dirigismo contratual. Vale aqui trazer ensinamentos da ilustre Maria Helena Diniz, contidos na obra Curso de Direito Civil Brasileiro, 3º volume, Ed. Saraiva, pág. 34:

“O princípio da autonomia da vontade sofre, portanto, restrições trazidas pelo dirigismo contratual, que é a intervenção estatal na economia do negócio jurídico



contratual, por entender-se que, se deixasse o contratante estipular livremente o contrato, ajustando qualquer cláusula sem que o magistrado pudesse interferir, mesmo quando uma das partes ficasse em completa ruína, a ordem jurídica não estaria assegurando a igualdade econômica.

A expressão dirigismo contratual é aplicável às medidas restritivas estatais que invocam a supremacia dos interesses coletivos sobre os meros interesses individuais dos contraentes, com o escopo de dar execução à política do Estado de coordenar os vários setores da vida econômica e de proteger os economicamente mais fracos, sacrificando benefícios particulares em prol da coletividade, mas sempre conciliando os interesses das partes e os da sociedade.

O Estado intervém no contrato, não só mediante a aplicação de normas de ordem pública (RT 516:150), mas também com a adoção de revisão judicial dos contratos, alterando-os, estabelecendo-lhes condições de execução, ou mesmo exonerando a parte lesada, conforme as circunstâncias, fundando-se em princípios de boa-fé e de supremacia do interesse coletivo, no amparo do fraco contra o forte, hipótese em que a vontade estatal substitui a vontade dos contratantes, valendo a sentença como se fosse declaração volitiva do interessado.”

Em casos análogos ao da autora, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo tem decidido a favor dos consumidores em detrimento das operadoras de planos de saúde, e declarado a abusividade dos reajustes ora combatidos, como é possível verificar dos julgados, cujas ementas seguem:

“PLANO DE SAÚDE – RELAÇÃO DE CONSUMO – REVISÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL– REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA QUE, POR SI SÓ, NÃO IMPLICA ABUSIVIDADE – REAJUSTE APLICADO, NO ENTANTO, QUE ESTÁ EM DESACORDO COM A RN 63/2003 DA ANS – REQUERIDA QUE APENAS INDICOU O ÍNDICE SEM QUALQUER COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL, E NÃO SE DESINCUMBIU DO ÔNUS PROBATÓRIO – ALEATORIEDADE A ENSEJAR A ABUSIVIDADE NO ÍNDICE POR ELA ADOTADO – PERCENTUAL QUE DEVERÁ SER AFERIDO EM INCIDENTE PROCESSUAL PRÓPRIO – AÇÃO IMPROCEDENTE - SENTENÇA REFORMADA – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.” (TJSP; Apelação Cível 1013680-



36.2017.8.26.0100; Relator (a): Pastorelo Kfoury; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 22/08/2022; Data de Registro: 22/08/2022) (g.n.)

*“Plano de Saúde – Cominatória – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – Procedência parcial – **Abusividade dos reajustes reconhecida – Ausência de demonstração da necessidade de majoração – Restituição dos valores pagos a maior**, respeitada a prescrição trienal – Majoração da verba honorária – Aplicação do artigo 85, §11, do CPC – Recurso não provido.”* (TJSP; Apelação Cível 1087089-40.2020.8.26.0100; Relator (a): A.C.Mathias Coltro; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/05/2021; Data de Registro: 31/05/2021) (g.n.)

A cláusula que prevê reajustes não é ilegal, mas no caso em questão, sua inaplicabilidade se deve à falta de informações claras sobre os aumentos impostos. Além disso, a omissão da ré em esclarecer os percentuais aplicados, somada aos lucros obtidos nos últimos anos, reforça a necessidade de revisão dos reajustes. Caso a ré não comprove de forma clara os cálculos e a legalidade dos reajustes, estes poderão ser considerados abusivos, devendo ser aplicados os índices aprovados pela ANS para planos individuais e familiares, com a declaração do contrato como “falso coletivo”.

b) DO VALOR DA MENSALIDADE QUE DEVERÁ SER PAGO PELA AUTORA

Sem nenhum tipo de informação prestada pela ré acerca dos aumentos praticados anualmente, a autora se vê completamente refém da vontade da ré que, ano a ano, vem aplicando aumentos excessivos nas mensalidades, o que fará com que a autora, que já contribui com o plano há 03 (três) anos, não tenha mais condições de mantê-lo.

Conforme os julgamentos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo é praticamente uníssono o entendimento de que o segurado tem o direito de se manter na apólice, mediante o pagamento do prêmio mensal devidamente atualizado de acordo com as regras da ANS, em situações em que os aumentos praticados não são justificados, como ocorre no presente caso:

*“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE. SINISTRALIDADE. Sentença de parcial procedência, para **determinar a aplicação do regime dos contratos individuais/familiares, com a observância das condições e das coberturas contratadas originalmente, incluindo os índices de reajustes estabelecidos pela ANS para os contratos de saúde individuais/familiares, com a devida restituição dos valores pagos a maior**, mediante*



*apuração em liquidação de sentença, com a realização de prova pericial, observada a prescrição trienal. Inconformismo. Não acolhimento. Preliminar. Prescrição. Inocorrência. Repetição do indébito fundada no enriquecimento sem causa. Artigo 206, § 3º, IV, do Código Civil de 2002. Mérito. Contrato em análise que é, na verdade, o que se convencionou chamar de "falso coletivo". Sete beneficiários, todos da mesma família, o que atrai a incidência das regras da ANS para os contratos individuais e familiares. Real intenção e finalidade do ajuste que é o de proteção do grupo familiar. Precedentes. **Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO.**" (TJSP; Apelação Cível 1031556-81.2023.8.26.0071; Relator (a): Clara Maria Araújo Xavier; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Bauru - 5ª Vara Cível; **Data do Julgamento: 18/09/2024; Data de Registro: 19/09/2024**) (g.n.)*

Assim, caso a ré não consiga demonstrar como chegou aos valores cobrados nos últimos anos, e a legalidade destes, requer sejam aplicados os índices de reajustes aprovados pela ANS, conforme os Tribunais Superiores vêm entendendo ser o correto. Desta forma, o valor total da mensalidade a ser pago pela **autora** deverá ser, atualmente, de **R\$ 2.653,75 (dois mil seiscientos e cinquenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, conforme planilha anexa (v. **Doc. 08**).

c) DO RESSARCIMENTO

Deve ser ressaltado que o nosso direito não admite, em hipótese alguma, o “enriquecimento sem causa”, situação essa verificada no presente caso, haja vista que o plano vem embolsando valores elevadíssimos e sabidamente indevidos.

Com efeito, sobre o referido instituto, verificamos *in verbis* o art. 884 do Código Civil:

“Art. 884. Aquele que, sem justa causa, se enriquecer à custa de outrem, será obrigado a restituir o indevidamente auferido, feita a atualização dos valores monetários.

Parágrafo único. Se o enriquecimento tiver por objeto coisa determinada, quem a recebeu é obrigado a restituí-la, e, se a coisa não mais subsistir, a restituição se fará pelo valor do bem na época em que foi exigido.” (g.n.)

Para casos praticamente idênticos ao presente, é cediço o entendimento do STJ no sentido de que, havendo variação unilateral das mensalidades e configurada abusividade do plano quanto às cobranças dos prêmios, tal fato ensejará na condenação por enriquecimento sem causa, senão vejamos:



“APELAÇÃO – Planos de saúde – **Reajuste** por faixa etária – Consumidora que, ao completar 56 anos, teve conhecimento da majoração em 70,99% - Abusividade – Contrato firmado antes da Lei nº 9.656/1998 - Tese definida pelo C. Superior Tribunal de Justiça para o Tema 952, no âmbito do REsp nº 1.568.244/RJ, devendo-se seguir o que consta no contrato, respeitadas quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS - **Infração ao direito básico de informação clara e adequada ao consumido** - Contrato firmado entre as partes que adota como critério de reajuste valores vinculados a US, o que não permite que a autora tenha conhecimento prévio do percentual a ser aplicado para o reajuste por mudança de faixa etária - Ausência, ainda, de prova de que o reajuste questionado tem base atuarial idônea – **Devolução das quantias pagas a mais que é impositiva, sob pena de enriquecimento sem causa** - Honorários majorados para 12% do valor da causa, na forma do artigo 85, § 11, do CPC - Sentença mantida – Recurso desprovido.” (TJSP; Apelação Cível 1103327-32.2023.8.26.0100; Relator (a): Domingos de Siqueira Frascino; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1); Foro Central Cível - 15ª Vara Cível; **Data do Julgamento: 03/09/2024; Data de Registro: 03/09/2024**) (g.n.)

Outrossim, o entendimento do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo é pacífico no sentido de que os valores pagos indevidamente devem ser restituídos aos segurados, conforme apontado nas ementas acima, não sendo necessário copiá-las novamente.

Dessa forma, deverá a ré ressarcir a autora as mensalidades cobradas indevidamente, nos últimos 03 (três) anos, que perfazem o total de **R\$ 9.107,92 (nove mil cento e sete reais e noventa e dois centavos)**, já atualizado monetariamente, pelo índice TJSP, desde os desembolsos, nos termos da planilha apresentada (v. **Doc. 08**) ou por montante a ser apurado com base nas informações a serem prestadas pela ré.

IV – DA NECESSIDADE DE CONCESSÃO DE TUTELA DE URGÊNCIA

A concessão da tutela provisória de urgência exige a presença de dois requisitos, quais sejam: a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo, conforme disposto no artigo 300 do Código de Processo Civil, *in verbis*:



“Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.”

Os elementos que evidenciem **a probabilidade do direito** da alegação verificam-se diante de todos os argumentos de direito já expostos, seja em vista da interpretação favorável ao consumidor de seus direitos salvaguardados no Código de Defesa do Consumidor, seja em vista da própria Lei 9.656/98, bem como da posição da jurisprudência consolidada em sentido favorável à tese ora exposta, sendo imperiosa a aplicação dos índices da ANS para o contrato da autora.

Assim como é clara a ilegalidade da postura da ré que aplica reajustes sem apresentar as respectivas justificativas, contrariando disposições do Código de Defesa do Consumidor e do Código Civil colocadas em comento nesta exordial, demonstrando o abuso ao aplicar reajustes excessivos.

O perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo consiste no **risco de os beneficiários do plano de saúde ficarem sem plano de saúde, em razão de não terem condições de arcar com os valores excessivos.**

Outrossim, não haverá qualquer prejuízo de irreversibilidade da medida, que caso, *ad argumentandum tantum* a ação seja julgada improcedente, a ré poderá cobrar os valores devidos pela autora, mas caso não seja deferida, a autora terá que cancelar o seguro em vista dos aumentos praticados.

E mais, não há mais risco por parte da empresa já que aumenta o valor de acordo com seu próprio critério, impossibilitando, inclusive, que o consumidor tenha acesso à planilha de gastos que comprove o aumento da sinistralidade e possa auditar estes valores.

Salienta-se que o direito discutido na presente ação é pautado na garantia de acesso a assistência médica, além de ter proteção constitucional (CF, artigo 6.º, “caput”, e artigo 196 e ss.), espelha os mais importantes valores constitucionais da ordem pátria. Sem dúvida, o acesso à saúde é um dos mais importantes direitos de cidadania (CF, artigo 1.º, inciso II), bem como é requisito essencial para uma vida digna (CF, artigo 1.º, inciso III).

Aludidos princípios constitucionais espelham valores que guiam a interpretação de todo o ordenamento jurídico pátrio, bem como limitam a autonomia da vontade, submetendo a liberdade de contratar ao respeito aos direitos fundamentais e a valores informativos da ordem constitucional.

Ademais, é o entendimento do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo acerca da concessão da tutela de urgência para substituição dos índices aplicados por aqueles previstos pela ANS:



“AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA DE URGÊNCIA. REAJUSTES DAS MENSALIDADES. PLANO FALSO COLETIVO. Decisão que indeferiu a tutela de urgência postulada, para que os índices de reajuste anual do plano coletivo contratado fossem equiparados àqueles autorizados pela ANS. Insurgência da autora. Acolhimento. Hipótese de contratação na modalidade "falso coletivo". Tratamento legal e regulamentar que deverá seguir o quanto previsto aos planos individuais/familiares. Atendimento dos requisitos do art. 300, do CPC. Decisão reformada. RECURSO PROVIDO.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2388581-44.2024.8.26.0000; Relator (a): Clara Maria Araújo Xavier; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 12ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/04/2025; Data de Registro: 25/04/2025)

“AGRAVO DE INSTRUMENTO – Plano de saúde coletivo empresarial – Revisão de reajustes contratuais – Tutela de urgência indeferida – Recurso do autor – Pedido de substituição dos reajustes contratuais pelos índices da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Cabimento – Preenchimento dos requisitos legais previstos pelo art. 300 do Código de Processo Civil – Probabilidade do direito – Falso coletivo – Plano coletivo empresarial destinado a atender apenas 3 (três) integrantes da mesma família – Risco de dano configurado – Aumento considerável dos valores de mensalidade que poderia inviabilizar a continuidade do contrato pelo beneficiário – Risco de rescisão contratual por inadimplência – Precedentes deste Egrégio Tribunal de Justiça – Tutela devida – Afastamento apenas do último reajuste aplicado pela operadora de saúde – Decisão reformada – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2224336-16.2024.8.26.0000; Relator (a): Fernando Reverendo Vidal Akaoui; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 41ª Vara Cível; Data do Julgamento: 18/09/2024; Data de Registro: 18/09/2024) (g.n.)

“AGRAVO DE INSTRUMENTO – Plano de saúde – Ação cominatória com pedido de indenização por danos morais e tutela antecipada – Alegação de reajuste anual excessivo, acima dos critérios fixados pela ANS – Tutela indeferida na origem – Inconformismo – Cabimento – Probabilidade do direito e risco ao resultado útil do processo configurados (art. 300 do CPC) – Embora seja



possível o reajuste anual, o indexador não pode extrapolar os critérios fixados pela ANS – Casos de abusividade que devem ser afastados pelo Judiciário mesmo nos contratos coletivos – Consumidor demonstrou que o reajuste da operadora foi de 406,68%, enquanto a correção da ANS representou apenas 155,87% - Análise não exauriente do mérito permite concluir pela concessão da tutela – **Operadora deve substituir os dois últimos reajustes por sinistralidade para o índice divulgado pela ANS para os planos individuais** – RECURSO PROVIDO.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2284282-84.2022.8.26.0000; Relator (a): Fernando Reverendo Vidal Akaoui; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 43ª Vara Cível; **Data do Julgamento: 06/12/2023; Data de Registro: 06/12/2023**) (g.n.)

Dessa forma, demonstrado o preenchimento dos requisitos do artigo 300, do Código de Processo Civil, se faz necessária a concessão da tutela de urgência com a finalidade de obrigar a ré a reduzir, imediatamente, o valor total da mensalidade da autora para R\$ 2.653,75 (dois mil seiscentos e cinquenta e três reais e setenta e cinco centavos), em atenção aos índices previstos na ANS.

Ficam assim demonstrados os requisitos legais para a concessão da tutela de urgência, que deverá ser concedida *inaudita altera pars*, conforme ora pleiteado

V – DO PEDIDO

Diante o exposto, requer se digne Vossa Excelência a:

1) **CONCEDER A TUTELA DE URGÊNCIA**, *inaudita altera pars*, nos termos do artigo 300 do Código de Processo Civil e do artigo 84 do Código de Defesa do Consumidor, a fim de que seja **determinada a redução imediata do valor total da mensalidade da autora para R\$ 2.653,75 (dois mil seiscentos e cinquenta e três reais e setenta e cinco centavos), em atenção aos índices previstos na ANS**, até que seja apresentado pela ré, LIMINARMENTE, os documentos comprobatórios dos reajustes aplicados acima dos índices da ANS, quais sejam:

- *A composição dos índices do reajuste técnico;*
- *As notas fiscais e contábeis que comprovem o pagamento aos estabelecimentos credenciados pela utilização efetiva do plano de saúde apta a gerar os reajustes aplicados desde 2023 para a apólice;*
- *O implemento de atualizações tecnológicas e de serviços médicos (Rol ANS) que justifiquem o aumento da mensalidade no patamar fixado pela ré;*
- *Se a frequência da utilização dos recursos disponibilizados pelo plano de saúde foi efetivamente aumentada pelos membros da categoria profissional a que pertencem a Autora; e*

- *Balanço anual da ré, com o detalhamento do seu faturamento, despesas e seu lucro efetivo.*

Para tanto, requer seja expedido ofício à ré, dando-lhes ciência do teor da tutela de urgência a ser concedida com a determinação da expedição do boleto no valor informado, **sob pena de, em não o fazendo no prazo de 24 (vinte e quatro) horas da intimação da decisão, incorrer em multa cominatória diária (astreintes) de R\$ 1.000,00 (hum mil reais) enquanto não cumprir com as obrigações;**

2) Caso não seja emitido boleto conforme determinado na tutela de urgência, requer seja autorizada a consignação em pagamento destes valores, já com as reduções aplicadas em caráter liminar, evitando que a autora se torne inadimplente e não perca a cobertura do seguro saúde;

3) Reconhecer a inversão do ônus da prova, com fundamento no artigo 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor, para que a ré apresente eventuais documentos faltantes necessários à melhor cognição da presente ação, face à hipossuficiência da autora;

4) Proceder à citação da ré com urgência, dando-lhe ciência da tutela de urgência e para que, querendo, apresente sua defesa, nos termos do artigo 335 do Código de Processo Civil, sob pena de não o fazendo serem reputados verdadeiros os fatos aqui articulados na presente ação, cujos pedidos deverão ser julgados procedentes;

5) Julgar ao final a presente ação totalmente procedente, para que:

a) **Seja o plano da autora reconhecido e declarado como “falso coletivo”, ficando os reajustes limitados aos índices autorizados da ANS, bem como os demais direitos de planos familiares e individuais DURANTE TODO O CONTRATO, e alternativamente,** caso não seja o entendimento de V. Exa., o que cabe por amor a argumentação, sejam reduzidos para patamares aceitáveis;

b) Seja confirmada integralmente a tutela antecipada de urgência, a fim de que seja reduzido o valor da mensalidade da autora para **R\$ 2.653,75 (dois mil seiscentos e cinquenta e três reais e setenta e cinco centavos)** que, quando do reajuste contratual, deverá respeitar exclusivamente os índices da ANS, conforme pedido supra;

c) A nulidade dos reajustes dos **últimos 2 (dois) anos;**

d) Com a nulidade do reajuste, seja a ré condenada a restituir à autora dos montantes pagos a maior, nos **últimos 02 (dois) anos**, que perfazem o total de **R\$ 9.107,92 (nove mil cento e sete reais e noventa e dois centavos)**, já corrigido monetariamente pelo índice TJSP (v. Docs. 08), em decorrência da variação dos prêmios que, em comparação com o reajuste permitido pela ANS, ultrapassam os limites de reajuste autorizados pela ANS, com base no art. 884 e 885, do CC e aqueles que eventualmente vencerem no curso da presente ação, devidamente corrigidos e com a incidência dos encargos legais;

e) Seja a ré condenada ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios.

A autora informa que não tem interesse na realização de Audiência de Conciliação ou Mediação, posto que já foram esgotados todos os meios para uma composição amigável do litígio, em atendimento ao artigo 319, VII, do Código de Processo Civil.

Em tempo, requer ainda que as intimações processuais sejam efetivadas em nome de **Léo Rosenbaum, OAB/SP - n° 176.029**.

Por fim, dá-se à causa o valor de **R\$ 9.107,92 (nove mil cento e sete reais e noventa e dois centavos), referente ao valor a restituído.**

Termos em que,
Pede deferimento.
S. Paulo, data na margem.

Léo Rosenbaum
OAB/SP n.º 176.029

Nathan Guinsburg Cidade
OAB/SP n° 320.719

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

COMARCA DE SÃO PAULO

FORO CENTRAL CÍVEL

34ª VARA CÍVEL

Praça João Mendes s/nº, 11º andar - salas nº 1127/1129, Centro - CEP 01501-900, Fone: 011 2171-6233, São Paulo-SP - E-mail:

sp34cv@tjsp.jus.br

Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min**DECISÃO**

Processo Digital nº: **1061158-59.2025.8.26.0100**
 Classe - Assunto: **Procedimento Comum Cível - Reajuste contratual**
 Requerente: **Sanlor Serviço de Levantamento e Análise de Informações Administrativa Empresarial Ltda**
 Requerido: **Sul América Serviços de Saúde S/A**

Tramitação prioritária

Juiz(a) de Direito: Dr(a). **PEDRO HENRIQUE VALDEVITE AGOSTINHO**

Vistos.

1. Cuida-se de pedido de tutela de urgência, na qual a parte autora impugna reajuste aplicado ao contrato de plano de saúde, sob a alegação de que o aumento excede os índices autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para planos individuais e familiares, comprometendo a continuidade do vínculo contratual.

Em análise preliminar, verifico a presença dos requisitos do art. 300 do Código de Processo Civil. A probabilidade do direito decorre da alegação de que o contrato, embora formalmente coletivo, apresenta características de plano individual ou familiar (o plano conta com apenas cinco beneficiários, que são parentes), hipótese em que deve ser observada a regulamentação específica da ANS quanto aos índices de reajuste. Tal entendimento encontra respaldo na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e tem sido adotado pelo TJSP. Neste sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DECLARATÓRIA C/C INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTE. Irresignação contra decisão que deferiu a tutela de urgência determinando que a ré efetue o recálculo da mensalidade com vencimento em maio de 2025 e futuras, considerando-se o índice anual de reajuste autorizado pela ANS para planos de saúde individuais. Não acolhimento. Consoante jurisprudência desta C. Câmara, com supedâneo no entendimento do E. STJ, deve ser aplicada aos contratos com características de "falso coletivo" a disciplina dos contratos individuais e familiares, inclusive os índices de reajustes. Probabilidade do direito constatada. Precedentes desta Câmara. Urgência, ainda, que decorre do atual montante da mensalidade, a qual, por conta dos reajustes acima daqueles publicados pela ANS, alcança valor suficiente para colocar em risco a continuidade do vínculo securitário. Decisão mantida. AGRAVO DESPROVIDO. (TJSP; Agravo de Instrumento



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

COMARCA DE SÃO PAULO

FORO CENTRAL CÍVEL

34ª VARA CÍVEL

Praça João Mendes s/nº, 11º andar - salas nº 1127/1129, Centro - CEP 01501-900, Fone: 011 2171-6233, São Paulo-SP - E-mail:

sp34cv@tjsp.jus.br

Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min

2163301-21.2025.8.26.0000; Relator (a): Donegá Morandini; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XII - Nossa Senhora do Ó - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/05/2025; Data de Registro: 30/05/2025)

A urgência, por sua vez, está caracterizada pelo risco de descontinuidade da cobertura assistencial, em razão do valor elevado da mensalidade, o que pode comprometer o acesso dos beneficiários do plano à saúde, bem jurídico de natureza fundamental.

Diante do exposto, **defiro a tutela de urgência** para determinar que a ré proceda ao recálculo das mensalidades do plano de saúde contratado pela autora, com vencimento a partir de agosto de 2025, aplicando-se o índice anual de reajuste autorizado pela ANS para planos de saúde individuais e familiares, até ulterior deliberação.

Em caso de descumprimento, poderá ser fixada multa cominatória.

Esta decisão valerá como OFICÍO, a ser encaminhada pela ré pela parte autora. A parte autora deverá comprovar o envio nos autos, no prazo de 5 dias.

2. Cite-se a ré para apresentar contestação no prazo legal.

Intime-se.

São Paulo, 23 de julho de 2025.

**DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006,
CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA**