



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2081026 - SP (2023/0214817-4)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : DELANEI SPINELLI
ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954
CAIO HENRIQUE SAMPAIO FERNANDES - SP302974
BARBARA AREIAS REZENDE - SP365379
ISAURA MARIA MOREIRA SARTO TAGLIALEGNA - DF028195
RECORRIDO : SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE
ADVOGADO : JOSE CARLOS VAN CLEEF DE ALMEIDA SANTOS - SP273843

EMENTA

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA CUMULADA COM RESTITUIÇÃO DE VALORES. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. OMISSÃO. DEFICIÊNCIA RECURSAL. MATÉRIA ACERCA DA QUAL NÃO SE DECLINOU DISPOSITIVO DE LEI VIOLADO. INCIDÊNCIA, POR ANALOGIA, DA SÚMULA N. 284 DO STF. REAJUSTE EM VIRTUDE DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM O ENTENDIMENTO DESTA CORTE FIRMADO EM RECURSO REPRESENTATIVO DA CONTROVÉRSIA. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. REFORMA DO JULGADO. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 5 E 7, AMBAS DO STJ. DISSÍDIO NÃO COMPROVADO. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO.

1. Não se pode conhecer da apontada violação do art. 1.022 do CPC, porquanto as alegações que fundamentaram a suposta ofensa são genéricas, sem indicação efetiva dos pontos omissos, contraditórios ou obscuros. Tal deficiência impede a abertura da instância especial, nos termos da Súmula n. 284 do STF, aplicável, por analogia, nesta Corte.

2. A ausência de expressa indicação de artigos de lei tidos por violados inviabiliza o conhecimento do recurso especial, não bastando a mera menção a dispositivos legais, colhendo-se, por analogia, o óbice da Súmula n. 284 do STF, pois o recurso especial é de fundamentação vinculada.

3. Nos termos da tese firmada no julgamento do recurso representativo da controvérsia, RESp n. 1.568.244/RJ, de relatoria do Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, a Segunda Seção desta Corte entendeu que, *se for reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde em virtude da alteração de faixa etária do usuário, para não haver desequilíbrio contratual, faz-se necessária, nos termos do art. 51, § 2º, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença.*
4. A revisão do julgado, no que se refere ao reajuste por sinistralidade, com o consequente acolhimento da pretensão recursal, não prescindiria da interpretação das cláusulas do contrato de seguro saúde, bem como do reexame das circunstâncias fático-probatórias da causa, o que não se admite nesta via excepcional, ante os óbices das Súmulas n. 5 e 7, ambas do STJ.
5. A ausência de expressa indicação de artigo de lei objeto de dissídio interpretativo inviabiliza o conhecimento do recurso especial manifestado pela alínea c do permissivo constitucional, colhendo-se o óbice da Súmula n. 284 do STF, por analogia.
6. Recurso especial não conhecido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 10/06/2025 a 16/06/2025, por unanimidade, não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrigli, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Daniela Teixeira votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 18 de junho de 2025.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2081026 - SP (2023/0214817-4)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
RECORRENTE : DELANEI SPINELLI
ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954
CAIO HENRIQUE SAMPAIO FERNANDES - SP302974
BARBARA AREIAS REZENDE - SP365379
ISAURA MARIA MOREIRA SARTO TAGLIALEGNA - DF028195
RECORRIDO : SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE
ADVOGADO : JOSE CARLOS VAN CLEEF DE ALMEIDA SANTOS - SP273843

EMENTA

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA CUMULADA COM RESTITUIÇÃO DE VALORES. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. OMISSÃO. DEFICIÊNCIA RECURSAL. MATÉRIA ACERCA DA QUAL NÃO SE DECLINOU DISPOSITIVO DE LEI VIOLADO. INCIDÊNCIA, POR ANALOGIA, DA SÚMULA N. 284 DO STF. REAJUSTE EM VIRTUDE DE MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM O ENTENDIMENTO DESTA CORTE FIRMADO EM RECURSO REPRESENTATIVO DA CONTROVÉRSIA. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. REFORMA DO JULGADO. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 5 E 7, AMBAS DO STJ. DISSÍDIO NÃO COMPROVADO. RECURSO ESPECIAL NÃO CONHECIDO.

1. Não se pode conhecer da apontada violação do art. 1.022 do CPC, porquanto as alegações que fundamentaram a suposta ofensa são genéricas, sem indicação efetiva dos pontos omissos, contraditórios ou obscuros. Tal deficiência impede a abertura da instância especial, nos termos da Súmula n. 284 do STF, aplicável, por analogia, nesta Corte.

2. A ausência de expressa indicação de artigos de lei tidos por violados inviabiliza o conhecimento do recurso especial, não bastando a mera menção a dispositivos legais, colhendo-se, por analogia, o óbice da Súmula n. 284 do STF, pois o recurso especial é de fundamentação vinculada.

3. Nos termos da tese firmada no julgamento do recurso representativo da controvérsia, RESp n. 1.568.244/RJ, de relatoria do Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, a Segunda Seção desta Corte entendeu que, *se for reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde em virtude da alteração de faixa etária do usuário, para não haver desequilíbrio contratual, faz-se necessária, nos termos do art. 51, § 2º, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença.*
4. A revisão do julgado, no que se refere ao reajuste por sinistralidade, com o consequente acolhimento da pretensão recursal, não prescindiria da interpretação das cláusulas do contrato de seguro saúde, bem como do reexame das circunstâncias fático-probatórias da causa, o que não se admite nesta via excepcional, ante os óbices das Súmulas n. 5 e 7, ambas do STJ.
5. A ausência de expressa indicação de artigo de lei objeto de dissídio interpretativo inviabiliza o conhecimento do recurso especial manifestado pela alínea c do permissivo constitucional, colhendo-se o óbice da Súmula n. 284 do STF, por analogia.
6. Recurso especial não conhecido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por DELANEI SPINELLI (DELANEI) contra acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo, assim ementados:

Plano de saúde Reajuste supostamente abusivo na faixa de 59 anos ou mais de idade [...] Reajuste anual entre 41 e 48% maior do que índice da ANS Justificativa sumária da operadora para reajustes insuficiente Operadora desistiu de produzir mais provas Anulação dos reajustes Substituição por percentual a ser apurado em liquidação Condenação da operadora em ressarcimento de valor pago a mais Cláusula que permite denúncia pela operadora válida Eventual aplicação abusiva em caso concreto deve ser impugnada (REsp 1.553.013) Recurso da operadora improvido Recurso da contratante parcialmente provido.

Ementa Embargos de Declaração Pretensão da operadora Embargante acolhida Conclusão do acórdão indicou erroneamente que Apelação da Embargante havia sido improvida Apelação da Embargante na verdade parcialmente provida Embargos acolhidos, com efeito modificativo.

Embargos de Declaração Plano de saúde Omissão sobre invalidade de reajuste por faixa etária de 59 anos ou mais por ausência de justificativa atuarial Operadora não explicou origem do percentual impugnado Reajuste invalidado Substituição por percentual a ser encontrado em execução Omissão sobre pedido de substituição dos reajustes anuais pelo índice da ANS Índice da ANS usável apenas em planos individuais ou familiares, não coletivo como 'in casu' - Omissão sobre validade de cláusula que prevê reajuste por sinistralidade Fórmula com variáveis com valor conhecidos não viola dever de informação Contratante Embargante obteve maior parte das pretensões Operadora Embargada sucumbente Dispositivos prequestionados em consequência de sua menção na peça dos embargos (CPC 1.025) Embargos acolhidos, com efeito modificativo.

Apelação - Plano de saúde - Reajuste supostamente abusivo na faixa de 59 anos ou mais de idade - Reapreciação do julgado determinada pela E. Presidência da Seção de Direito Privado -- Tese fixada no Tema nº 1.016 pelo C. Superior Tribunal de Justiça, na ocasião do julgamento dos Recursos Especiais nºs 1.715.798/RS, 1.716.113/DF e 1.873.377/SP – Aplicabilidade das teses firmadas no Tema 952/STJ aos planos coletivos - A melhor interpretação do enunciado normativo do art. 3º, II, da Resolução n. 63/2003, da ANS, é aquela que observa o sentido matemático da expressão 'variação acumulada', referente ao aumento real de preço verificado em cada intervalo, devendo-se aplicar, para sua apuração, a respectiva fórmula matemática, estando incorreta a simples soma aritmética de percentuais de reajuste ou o cálculo de média dos percentuais aplicados em todas as faixas etárias - V. Acórdãos mantidos.

Nas razões de seu apelo nobre, manifestado com base no art. 105, III, alínea a, da CF, DELANEI apontou a violação dos arts. 341, 373, 434 e 507, todos do CPC; 421 e 422, ambos do CC/02; 4º, 6º, III, 39, V, 51, IV e X, e 54, § 4º, todos do CDC; e 13 da Lei n. 9.656/98, ao sustentar que **(1)** omissão no acórdão recorrido quanto aos reajustes ilegais e sua substituição por índices da ANS; **(2)** é *totalmente desarrazoado o capítulo do acórdão que confere nova possibilidade às Recorridas de comprovarem reajuste razoável a ser aplicado, já que deixaram de comprovar ao longo de todo o processo*; **(3)** no que tange ao reajuste por faixa etária, aplicado aos 59 anos dos beneficiários no importe de 68,45%, vale destacar que a sua previsão viola frontalmente a atual jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, especialmente o entendimento firmado no julgamento do Recurso Especial Repetitivo nº 1.568.244/RJ; **(4)** a previsão de um reajuste sem apresentação de base atuarial idônea ou dos cálculos inerentes à sua origem constitui conduta abusiva; **(5)** a aplicação dos índices calculados e divulgados pela ANS para os contratos individuais e familiares é a única forma de que sejam aplicados reajustes não abusivos, do contrário se estará

permitindo que as Agravadas continuem aplicando índices cuja a necessidade não foi demonstrada; (6) deve ser declarada a nulidade da cláusula que permite a rescisão unilateral e imotivada; e (7) há dissídio jurisprudencial (e-STJ, fls. 547/576).

O recurso foi admitido pelo TJSP (e-STJ, fls. 767/769).

É o relatório.

VOTO

O recurso não merece nem sequer conhecimento.

(1) Da omissão

Inicialmente, verifica-se que, apesar de apontar a ofensa ao art. 1.022 do CPC, DELANEI não indicou, precisamente, quais seriam os vícios perpetrados pela Corte bandeirante, ou seja, não especificou os pontos omissos do aresto combatido, limitando-se a afirmar que o TJSP não teria apreciado os pontos invocados nas razões do seu apelo.

Sendo assim, inviável a análise de violação dos referidos dispositivos processuais, pois a veiculação do inconformismo de forma genérica, sem a especificação dos pontos reputados omissos, obscuros ou contraditórios no julgamento do aresto combatido, inviabiliza a compreensão da controvérsia, atraindo, no particular, a incidência da Súmula n. 284 do STF.

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OMISSÃO. NÃO DEMONSTRADA. OCORRÊNCIA. DIREITO DE REGRESSO. VERIFICAÇÃO. INVIABILIDADE. NECESSIDADE DE REEXAME FÁTICO. SÚMULA 7/STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. NÃO DEMONSTRAÇÃO. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS LEGAIS. ENUNCIADO 284 DA SÚMULA. MULTA DO ART. 1.026, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015. CARÁTER PROTELATÓRIO. INEXISTÊNCIA. AFASTAMENTO. PARCIAL PROVIMENTO.

1. O agravante limitou-se a mencionar, genericamente, que houve omissão sem, contudo, esclarecer os pontos sobre os quais o Tribunal de origem foi omissos, atraindo o óbice do enunciado 284 da Súmula do STF.

[...]

5. Agravo interno parcialmente provido.

(AgInt no AREsp n. 1.493.638/SP, relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, julgado aos 11/5/2020, DJe de 18/5/2020 - sem destaque no original)

Além do mais, a jurisprudência desta Corte possui o entendimento de que ***os embargos de declaração têm por objetivo sanar omissão, obscuridade ou contradição no julgado e que, ausentes os vícios indicados no art. 535 do CPC/73, não cabe utilizá-los com o intuito exclusivo de prequestionar a matéria***(EDcl no AgRg no REsp 1.499.467/RS, Rel. Ministra DIVA MALERBI, Desembargadora convocada do TRF da 3ª Região, Segunda Turma, DJe 12/2/2016).

(3) (5) Da incidência, por analogia, da Súmula n. 284 do STF

No que se refere aos pontos, não se pode conhecer do apelo nobre, tendo em vista que DELANEI, nas razões de seu apelo nobre, não indicou, **de forma clara e objetiva**, o dispositivo legal que teria sido afrontado, circunstância que impede o seu conhecimento, pois o recurso especial é de fundamentação vinculada, incidindo na espécie a Súmula n. 284 do STF, por analogia: *É inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia.*

Sobre a necessidade de indicação expressa do dispositivo de lei tido por violado, confirmam-se os precedentes:

*PROCESSUAL CIVIL E FALIMENTAR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. ENCARGOS CONDOMINIAIS. DESPESAS NECESSÁRIAS À ADMINISTRAÇÃO DO ATIVO. CARÁTER EXTRACONCURSAL. SUSPENSÃO DA EXECUÇÃO. INADMISSIBILIDADE. **FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. NÃO INDICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DE LEI VIOLADOS. APLICAÇÃO DA SÚMULA N.º 284 DO STF, POR ANALOGIA.** TEMA NÃO DEBATIDO PELAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N.º 282 DO STF. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO.*

1. O encargo condominial, ainda que anterior ao pedido de quebra, enquadra-se no conceito de despesa necessária à administração do ativo, tratando-se de crédito de natureza extraconcursal, que não se submete aos efeitos da recuperação judicial.

2. A ausência de expressa indicação de artigos de lei violados inviabiliza o conhecimento do recurso especial, não bastando a mera menção a dispositivos legais ou a narrativa acerca da legislação federal, aplicando-se o disposto na Súmula n.º 284 do STF.

3. A matéria referente ao enfrentamento de todos os argumentos deduzidos no processo não foi objeto de debate prévio nas instâncias de origem. Ausente, portanto, o devido prequestionamento nos termos da Súmula n.º 282 do STF, aplicável por analogia.

4. Agravo interno não provido.

(Aglnt no AREsp n. 2.348.211/RJ, de minha relatoria, Terceira Turma, julgado em 16/10/2023, DJe de 18/10/2023 - sem destaques no original)

AGRAVO INTERNO. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL NÃO CARACTERIZADA. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DO DISPOSITIVO LEGAL OBJETO DE INTERPRETAÇÃO DISSONANTE. INOVAÇÃO RECURSAL EM AGRAVO INTERNO. PRECLUSÃO CONSUMATIVA.

1. A falta de indicação pela parte recorrente do dispositivo legal que teria sido violado implica deficiência da fundamentação do recurso especial, incidindo o teor da Súmula 284 do STF, por analogia. Precedentes.

2. É inviável o conhecimento de matéria que foi suscitada apenas em agravo interno, constituindo indevida inovação recursal, em razão da configuração da preclusão consumativa.

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp n. 2.331.105/GO, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 18/12/2023, DJe de 21/12/2023 - sem destaque no original)

Assim, está claro que o recurso especial não ultrapassa a barreira do conhecimento.

(2) (4) Do reajuste do plano de saúde

Na espécie, o Tribunal bandeirante, ao analisar a tese de abusividade dos reajustes, por sinistralidade e por mudança de faixa etária, consignou que

[...] A figura corolário da boa-fé objetiva (CC 422) é aplicada às situações que se consolidam após inércia por longo tempo.

No caso dos autos, a contratante impugnou a previsão contratual que estipula faixa etária para beneficiários a partir dos 59 anos muito pouco tempo depois de efetivamente aplicado o aumento. Até aí, entendo que era completamente justificada a ausência de impugnação, à medida que o plano renova-se anualmente, não havendo certeza de que a cláusula permaneceria nas novas repactuações. À falta de inércia injustificada por parte da contratante, entendo incabível a aplicação da “supressio”.

Passo a analisar o aumento de 68,45% aplicado por mudança para a última faixa etária (59 anos ou mais).

Segundo o item IV.2 do acórdão de 08.11.2018 que julgou o IRDR 0043940-25.2017.8.26.0000 (fls. 85 em diante do respectivo acórdão), a variação acumulada entre as faixas etárias não deve ser calculada pela simples soma das diferenças entre as faixas etárias, como feito pelo d. Juiz “a quo”, mas por sua multiplicação da seguinte forma (cf. fls. 91/2), quanto às primeiras faixas:

$$[(\text{variação entre } 1^{\text{a}} \text{ e } 2^{\text{a}} \text{ faixas} \div 100) + 1] \times [(\text{variação entre } 2^{\text{a}} \text{ e } 3^{\text{a}} \text{ faixas} \div 100) + 1] \times [(\text{variação entre } 3^{\text{a}} \text{ e } 4^{\text{a}} \text{ faixas} \div 100) + 1]$$

4^{a} faixas $\div 100) + 1] \times [(variação \text{ entre } 4^{\text{a}} \text{ e } 5^{\text{a}} \text{ faixas } \div 100) + 1] \times [(variação \text{ entre } 5^{\text{a}} \text{ e } 6^{\text{a}} \text{ faixas } \div 100) + 1] \times [(variação \text{ entre } 6^{\text{a}} \text{ e } 7^{\text{a}} \text{ faixas } \div 100) + 1] \times 100$.
Quanto às demais faixas (7^{a} a 10^{a}), a fórmula é:
 $[(variação \text{ entre } 7^{\text{a}} \text{ e } 8^{\text{a}} \text{ faixas } \div 100) + 1] \times [(variação \text{ entre } 8^{\text{a}} \text{ e } 9^{\text{a}} \text{ faixas } \div 100) + 1] \times [(variação \text{ entre } 9^{\text{a}} \text{ e } 10^{\text{a}} \text{ faixas } \div 100) + 1] \times 100$.

No caso sob análise, as variações deram-se da seguinte forma [...].

Aplicando-se a fórmula acima exposta, a variação acumulada entre a 1^{a} e 7^{a} faixas, com base nos percentuais informados (cf. tabela fls. 24) é o seguinte:

$(1^{\text{a}} \text{ etapa}) [(25 \div 100) + 1] \times [(24 \div 100) + 1] \times [(11 \div 100) + 1] \times [(7 \div 100) + 1] \times [(16 \div 100) + 1] \times [(19,54 \div 100) + 1] \times 100 = (2^{\text{a}} \text{ etapa}) (0,25 + 1) \times (0,24 + 1) \times (0,11 + 1) \times (0,07 + 1) \times (0,16 + 1) \times (0,19 + 1) \times 100 = (3^{\text{a}} \text{ etapa}) 1,25 \times 1,24 \times 1,11 \times 1,07 \times 1,16 \times 1,19 \times 100 = (\text{resultado}) 254,12$

Aplicando-se a fórmula exposta, a variação acumulada entre a 7^{a} e 10^{a} faixas, com base nos percentuais informados (cf. tabela fls. 24) é o seguinte:

$(1^{\text{a}} \text{ etapa}) [(17,20 \div 100) + 1] \times [(19,05 \div 100) + 1] \times [(68,45 \div 100) + 1] \times 100 = (2^{\text{a}} \text{ etapa}) (0,17 + 1) \times (0,19 + 1) \times (0,68 + 1) \times 100 = (3^{\text{a}} \text{ etapa}) 1,17 \times 1,19 \times 1,68 \times 100 = (\text{resultado}) 233,90$.

Considerando que a regra da ANS (RN nº 63/2003, art. 3º, inc. II) proíbe que a variação acumulada entre as primeiras sete faixas seja superior à variação acumulada entre as últimas quatro faixas e que, no caso sob análise, a variação do segundo grupo de faixas é inferior à variação do primeiro grupo, concluo pela validade do aumento impugnado pela contratante.

Passo à análise dos reajustes anuais de cerca de 19%.

As operadoras efetivamente têm liberdade para criar regras contratuais próprias para definir os critérios de aumento das mensalidades dos planos de saúde coletivos.

Contudo, as operadoras estão jungidas aos limites fixados por elas próprias, devendo provar que os reajustes reivindicados seguem as regras contratuais pertinentes. Nesse sentido a jurisprudência do STJ, que reconhece o direito de operadoras aplicarem reajustes diferentes do índice da ANS, conquanto justificados em base atuarial idônea [...].

No caso sob análise, o reajuste é regulado pela cláusula 26 do contrato, fls. 81/ss, que preveem aumento comum a todos os planos coletivos com até 29 beneficiários composto pela variação dos custos médico-hospitalares e pela sinistralidade.

Apesar de não ter comunicado originalmente como chegara aos reajustes, a operadora trouxe aos autos uma explicação sumária de como calculou os percentuais (fls. 346/7).

Ora, como visto acima, o STJ estipulou como critério para apuração de abusividade de reajuste de mensalidade de planos coletivos que “não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que,

concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor [...]” (REsp 1.568.244).

No caso sob análise, entendo que a mera apresentação dos números que preenchem as variáveis das fórmulas de reajuste (fls. 346/7) não justifica suficientemente que a operadora aumente as mensalidades 48% e 41,55% mais do que os índices da ANS.

Considerando ainda que a operadora desistiu de produzir mais provas (fls. 375), entendo que os reajustes anuais de 19,97% aplicado em 2017 e 19,18% aplicado em 2018 devam ser anulados e substituídos por aquele indicado em liquidação por perícia, como recomenda a jurisprudência. A operadora deverá ressarcir a contratante de eventual valor a mais pago com correção do desembolso e juros da citação.

Enfim, analiso a validade da cláusula que permite à operadora resiliir o contrato.

A Lei proíbe a resilição de planos individuais e familiares, mas dá ampla liberdade à operadora para denunciar contratos coletivos empresariais. Contudo, planos coletivos como o analisado “in casu”, contratados por pequenas empresas em benefício de poucos usuários, têm características híbridas, razão por que o e. STJ reconhece a validade da cláusula que permite à operadora denunciar o plano, proibindo seu uso de maneira abusiva ou desmotivada [...].

Assim, cabe apenas reconhecer a validade da cláusula que permite à operadora denunciar o contrato, resguardando-se à contratante impugnar judicialmente eventuais abusos concretos na aplicação do referido direito.

Destarte, voto pelo não provimento da Apelação da operadora e pelo provimento parcial da Apelação da contratante, unicamente para determinar que os reajustes dos anos de 2017 e 2018 sejam substituídos por valores encontrados em liquidação, bem como para condenar a operadora a ressarcir valor pago a mais pela contratante. Aumento os honorários para 20% do valor da causa corrigido (CPC 85 § 11).

Isso posto, pelo meu voto, nego provimento ao Recurso da operadora e dou provimento parcial ao Recurso da contratante (e-STJ, fls. 534 /544 - sem destaques no original).

[...] De fato, a r. sentença julgou inválido o reajuste por faixa etária, por entendê-lo em desacordo com as restrições da ANS à variação acumulada. O v. acórdão, contudo, verificou que a variação acumulada estava de acordo com a regulamentação da ANS, como pleiteado pela operadora Embargante, concluindo-se que, de fato, a Apelação da operadora foi parcialmente provida.

Assim, voto pelo acolhimento dos Embargos para corrigir a conclusão do v. acórdão embargado e fazer constar que a Apelação da operadora Embargante foi parcialmente provida.

Isso posto, pelo meu voto, acolho os Embargos, com efeito modificativo (e-STJ, fls. 625/627 - sem destaques no original).

[...] Embora o v. acórdão tenha verificado, por um lado, que o aumento para a última faixa etária respeitou as normas da ANS e, por outro lado, que os reajustes anuais não foram justificados atuarialmente, deixou de apreciar se o aumento para a última faixa etária contou com justificativa atuarial, como expressamente alegado pela Embargante (fls. 431/2).

Assim, falta apurar se o índice de 68,45% aplicado à última faixa etária que inicia a partir de 59 anos, é desarrazoado ou aleatório, requisito de validade do reajuste, de acordo com o e. STJ:

“10. TESE para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que:

(i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso” (REsp 1.568.244, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. em 14.12.2016 pela 2ª Seção sob o regime de repetitivos).

“RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SAÚDE SUPLEMENTAR. SEGURO SAÚDE. CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO.

REAJUSTE ANUAL E AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA. [...] “1. Controvérsia em torno da validade de reajustes anuais e aumento por faixa etária em contrato de plano de saúde coletivo por adesão.

“[...] “5. Aplicabilidade do Tema 952/STJ [REsp 1.568.244, j. em 14.12.2016], por analogia, ao caso dos contratos coletivos”.

(REsp 1729320/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 19/06/2018, DJe 09/08/2018).

A beneficiária Embargante apontou a falta de justificativa atuarial para o índice desde sua inicial (fls. 06).

A operadora Embargada, por sua vez, em sua contestação (fls. 250 /326), defendeu o reajuste por faixa etária (1) dizendo que “os reajustes do prêmio em função da evolução da faixa etária previstos no contrato firmado entre as partes seguem, estritamente, o disposto na RN ANS n. 63/2003, motivo pelo qual não podem ser considerados aleatórios ou abusivos” (fls. 275/6, destaque da operadora); (2) juntando laudo técnico de contador (fls. 337/41), que se limita a explicar como se calcula a variação acumulada; (3) dizendo que “os referidos percentuais decorrem de complexa estrutura atuarial” (fls. 276); (4) o índice é “elevado, pois aglutina todos os demais reajustes que incidiriam nas faixas etárias subseqüentes (que são vedados pela ANS)” (fls. 277).

Instada a especificar provas (fls. 372/3), a operadora informou que “os documentos juntados quando da apresentação da competente contestação são suficientes ao deslinde do feito, não havendo mais provas a produzir” (fls. 375).

Do exposto noto que a operadora apresentou argumentos genéricos que não explicaram detalhadamente os fundamentos para o reajuste de 68,45% à última faixa etária. É óbvio que o reajuste seria alto em função de a Lei proibir outras faixas etárias para beneficiários mais velhos, mas não ficou claro por que o reajuste foi concretamente definido em 68,45% e não 50 nem 40%, por exemplo.

À falta dessa explicação exigida pelo e. STJ, que a operadora não se desincumbiu de apresentar como lhe cabia (CPC 373 II), conclui-se pelo não preenchimento do requisito adotado jurisprudencialmente (justificativa atuarial) e por sua invalidade. O percentual correto deverá ser apurado por perícia em execução, da mesma forma que os reajustes anuais. Eventual pagamento a maior deverá ser ressarcido à Embargante com correção do desembolso e juros da citação.

Passo à alegação de omissão sobre o pedido de substituição dos percentuais de reajustes anuais de 2017 e 2018 pelos índices da ANS.

De fato, a pretensão não foi enfrentada, mas não merece acolhimento.

Os índices da ANS referem-se unicamente aos planos de saúde individuais e familiares, tendo as operadoras e as contratantes de planos coletivos empresariais liberdade para definir seus critérios para reajustes anuais.

Quanto à alegação de omissão sobre o pedido de nulidade da cláusula de reajuste por sinistralidade, também com razão a contratante Embargante. Seu pleito, expressamente deduzido a fls. 423ss, tampouco foi enfrentado.

No mérito, a alegação não deve ser acolhida. O fato de a contratante não ter acesso livre aos valores das variáveis que compõem a fórmula de reajuste não implica falta com o dever de clareza (CDC 6º III) nem invalida necessariamente a cláusula. Cabe à Embargante pedir informações sobre o preenchimento da fórmula e criticar eventual vagueza ou desconformidade com o cálculo do reajuste, mas não afastar a cláusula de plano.

Quanto à outra omissão alegada a respeito da sucumbência, fica prejudicada em função da modificação do julgamento, que ao final foi majoritariamente favorável à empresa Embargante (CPC 86 p. ú.). Assim, condeno a operadora Embargada a ressarcir as custas e despesas processuais da contratante Embargante, bem como a pagar honorários aos representantes da Embargante, que fixo em 20% do valor da causa atualizado, dada a diligência dos profissionais e desenvolvimento de fase recursal.

Enfim, quanto aos dispositivos mencionados pela Embargante em seu Recurso (CDC 39 V; 51 IV e X, 54 §4º; CC 421 e 22; art. 13, inc. II da Lei n. 9.656/1998), devem ser considerados prequestionados por terem simplesmente constado dos embargos, conforme expressa previsão do atual CPC (art. 1.025).

Assim, voto pelo acolhimento dos Embargos, com efeito infringente, de forma que a ação seja julgada parcialmente procedente para (1) invalidar o percentual de reajuste da última faixa etária, (2) determinar sua substituição por percentual a ser encontrado em fase de

execução, (3) condenar a operadora Embargada a ressarcir valor a maior com correção do desembolso e juros da citação, (4) condenar a operadora Embargada, derrotada na maior parte da demanda, a arcar com os ônus da sucumbência.

No mais, mantém-se a invalidação dos reajustes anuais de 2017 e 2018 e a determinação de sua substituição por percentual a ser encontrado em fase de execução, na forma do acórdão embargado.

Isso posto, pelo meu voto, acolho os Embargos, com efeito modificativo (e-STJ, fls. 648/654 - sem destaques no original).

Como se sabe, no julgamento do recurso representativo da controvérsia, RESp nº 1.568.244/RJ, de relatoria do Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, a Segunda Seção desta Corte, interpretando o art. 15, § 3º, da Lei n.º 10.741/2003, consolidou o entendimento que a vedação de discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, apenas inibe o reajuste que consubstanciar discriminação desproporcional ao idoso, ou seja, aquele sem pertinência alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato.

Nesse sentido, confira-se a ementa do referido precedente:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. LEGALIDADE. ÚLTIMO GRUPO DE RISCO. PERCENTUAL DE REAJUSTE. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS. ABUSIVIDADE. NÃO CARACTERIZAÇÃO. EQUILÍBRIO FINANCEIRO-ATUARIAL DO CONTRATO.

1. A variação das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde em razão da idade do usuário deverá estar prevista no contrato, de forma clara, bem como todos os grupos etários e os percentuais de reajuste correspondentes, sob pena de não ser aplicada (arts. 15, caput, e 16, IV, da Lei nº 9.656/1998).

2. A cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária do beneficiário encontra fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos.

3. Os gastos de tratamento médico-hospitalar de pessoas idosas são geralmente mais altos do que os de pessoas mais jovens, isto é, o risco assistencial varia consideravelmente em função da idade. Com vistas a obter maior equilíbrio financeiro ao plano de saúde, foram estabelecidos preços fracionados em grupos etários a fim de que tanto os jovens quanto os de idade mais avançada paguem um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços de atenção à saúde.

4. Para que as contraprestações financeiras dos idosos não ficassem extremamente dispendiosas, o ordenamento jurídico pátrio acolheu o princípio da solidariedade intergeracional, a forçar que os de mais tenra idade suportassem parte dos custos gerados pelos mais velhos, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do community rating modificado).

5. As mensalidades dos mais jovens, apesar de proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente, sob pena de o negócio perder a atratividade para eles, o que colocaria em colapso todo o sistema de saúde suplementar em virtude do fenômeno da seleção adversa (ou antisseleção).

6. A norma do art. 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003, que veda "a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade", apenas inibe o reajuste que consubstanciar discriminação desproporcional ao idoso, ou seja, aquele sem pertinência alguma com o incremento do risco assistencial acobertado pelo contrato.

7. Para evitar abusividades (Súmula nº 469/STJ) nos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, alguns parâmetros devem ser observados, tais como (i) a expressa previsão contratual; (ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e as cláusulas gerais da boa-fé objetiva e da especial proteção ao idoso, dado que aumentos excessivamente elevados, sobretudo para esta última categoria, poderão, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e (iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais: a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-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. b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 6/1998, a qual determina a observância de 7 (sete) faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos), não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos. c) **Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância (i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos; (ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e (iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.**

8. A abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde por inserção do usuário em nova faixa de risco, sobretudo de

participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto. Tal reajuste será adequado e razoável sempre que o percentual de majoração for justificado atuarialmente, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa comumente o lucro, o qual não pode ser predatório, haja vista a natureza da atividade econômica explorada: serviço público impróprio ou atividade privada regulamentada, complementar, no caso, ao Serviço Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado.

9. Se for reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde em virtude da alteração de faixa etária do usuário, para não haver desequilíbrio contratual, faz-se necessária, nos termos do art. 51, § 2º, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença.

10. TESE para os fins do art. 1.040 do CPC/2015: O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso.

11. CASO CONCRETO: Não restou configurada nenhuma política de preços desmedidos ou tentativa de formação, pela operadora, de "cláusula de barreira" com o intuito de afastar a usuária quase idosa da relação contratual ou do plano de saúde por impossibilidade financeira. Longe disso, não ficou patente a onerosidade excessiva ou discriminatória, sendo, portanto, idôneos o percentual de reajuste e o aumento da mensalidade fundados na mudança de faixa etária da autora.

12. Recurso especial não provido.

(REsp 1.568.244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Segunda Seção, j. 14/12/2016, DJe 19/12/2016 - sem destaques no original)

No citado precedente foi ressaltado ainda que *a abusividade dos aumentos das mensalidades de plano de saúde por inserção do usuário em nova faixa de risco, sobretudo de participantes idosos, deverá ser aferida em cada caso concreto. Tal reajuste será adequado e razoável sempre que o percentual de majoração for justificado atuarialmente, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa comumente o lucro, o qual não pode ser predatório, haja vista a natureza da atividade econômica explorada: serviço público impróprio ou atividade privada regulamentada,*

complementar, no caso, ao Serviço Único de Saúde (SUS), de responsabilidade do Estado.

Conforme consignado no acórdão recorrido, não ficou demonstrada a razoabilidade do reajuste do plano de saúde, o que implicou a declaração de sua abusividade.

Entretanto, nos termos do precedente suprarreferido, **se for reconhecida a abusividade do aumento praticado pela operadora de plano de saúde em virtude da alteração de faixa etária do usuário, para não haver desequilíbrio contratual, faz-se necessária, nos termos do art. 51, § 2º, do CDC, a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade em virtude da inserção do consumidor na nova faixa de risco, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença.**

Desse modo, o presente recurso merece ser mantido pois em consonância como o recurso representativo da controvérsia, REsp n. 1.568.244/RJ.

Por derradeiro, no que se refere ao reajuste por sinistralidade, a revisão do julgado, com o consequente acolhimento da pretensão recursal, não prescindiria da interpretação das cláusulas do contrato de seguro saúde, bem como do reexame das circunstâncias fático-probatórias da causa, o que não se admite nesta via excepcional, ante os óbices das Súmulas n. 5 e 7, ambas do STJ.

(6) Da alegada violação do art. 13, II, da Lei n. 9.656/98

Quanto ao ponto, DELANEI defendeu que deve ser declarada a nulidade da *cláusula que permite a rescisão unilateral e imotivada* (e-STJ, fls. 547/576).

Contudo, conforme petição acostada aos autos pela SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, foi informado que, ***diante do pedido da apelada, seu plano de saúde fora cancelado*** (e-STJ, fls. 729/736).

Nesse contexto, verifica-se a superveniente prejudicialidade da questão.

(7) Do dissídio

De plano, não se pode conhecer do referido tema, tendo em vista que DELANEI, nas razões de seu apelo nobre, não indicou, **de forma clara e objetiva**, o dispositivo legal que teria sido objeto de dissídio interpretativo, circunstância que impede o seu conhecimento, incidindo na espécie a Súmula n. 284 do STF, por analogia: *É inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia.*

Assim, está claro que o recurso especial não ultrapassa nem sequer a barreira do conhecimento.

Nessas condições, **NÃO CONHEÇO** o recurso especial.

Inaplicável ao caso a majoração de honorários.

É o voto.

Por oportuno, previno que a interposição de recurso contra esta decisão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente, poderá acarretar condenação nos termos do art. 1.026, § 2º, do CPC.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

REsp 2.081.026 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2023/0214817-4

Número de Origem:

10443927220188260100 1044392722018826010050000 1044392722018826010050001
1044392722018826010050002 1044392722018826010050003 20190000958258 20200000429598
20220000922545 20190000404675 20180000929740

Sessão Virtual de 10/06/2025 a 16/06/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. ONOFRE DE FARIA MARTINS

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : DELANEI SPINELLI

ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

ISAURA MARIA MOREIRA SARTO TAGLIALEGNA - DF028195

CAIO HENRIQUE SAMPAIO FERNANDES - SP302974

BARBARA AREIAS REZENDE - SP365379

RECORRIDO : SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAUDE

ADVOGADO : JOSE CARLOS VAN CLEEF DE ALMEIDA SANTOS - SP273843

ASSUNTO : DIREITO DO CONSUMIDOR - CONTRATOS DE CONSUMO - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 10/06/2025 a 16/06/2025, por unanimidade, decidiu não conhecer do recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Daniela Teixeira votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 16 de junho de 2025