



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 3152830 - SP (2026/0006048-1)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : BRADESCO SAUDE S/A.
ADVOGADA : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
AGRAVADO : PANAY INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DE
NEGOCIOS LTDA
OUTRO NOME : DMNDS PRESTACAO DE SERVICOS ADMINISTRATIVOS LTDA
ADVOGADA : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. APLICAÇÃO DOS TEMAS 952 E 1.016, AMBOS DO STJ. ABUSIVIDADE RECONHECIDA NA ORIGEM. NECESSIDADE DE REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 5 E 7, AMBAS DO STJ. DISSONÂNCIA PARCIAL ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. IMPOSSIBILIDADE DE SUBSTITUIÇÃO AUTOMÁTICA PELO ÍNDICE DA ANS. NECESSIDADE DE APURAÇÃO EM CUMPRIMENTO DE SENTENÇA POR PERÍCIA ATUARIAL. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO.

1. Foi respeitado o tema n. 952 do STJ, porquanto a instância ordinária aplicou hipótese expressa na tese fixada ao entender que o reajuste aplicado no caso concreto é inválido por terem sido aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, oneraram excessivamente o consumidor.
2. De fato, é possível o reajustamento dos preços das mensalidades do plano de saúde em virtude da variação de custos ou do aumento de sinistralidade, porém, como no caso a operadora não demonstrou motivação que justifique o aumento aplicado, incabível a reforma do acórdão recorrido quanto ao reconhecimento da abusividade.
3. Para alterar o entendimento firmado na origem (de que não houve demonstração de motivação válida e nem apresentação adequada dos cálculos referentes ao aumento do valor) seria imprescindível o reexame dos elementos fáticos e probatórios dos autos, especialmente

o contrato e a análise das provas produzidas pela operadora, providências vedadas em recurso especial pelas Súmulas n. 5 e 7, ambas do STJ.

4. Por fim, o acórdão e a sentença divergiram parcialmente da jurisprudência desta Casa ao determinarem a substituição do índice considerado abusivo por aquele estabelecido pela ANS para planos individuais, sem a realização de perícia atuarial.

5. O valor adequado do índice de reajuste a ser aplicado deve ser apurado na fase de cumprimento de sentença, afastando-se a aplicação dos índices da ANS, conforme precedentes desta Corte.

6. Agravo conhecido. Recurso especial parcialmente provido.

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 26/05/2026 a 01/06/2026, por unanimidade, dar parcial provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Daniela Teixeira.

Brasília, 01 de junho de 2026.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 3152830 - SP(2026/0006048-1)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : BRADESCO SAUDE S/A.
ADVOGADA : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
AGRAVADO : PANAY INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DE
NEGOCIOS LTDA
OUTRO NOME : DMNDS PRESTACAO DE SERVICOS ADMINISTRATIVOS
LTDA
ADVOGADA : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

EMENTA

DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. APLICAÇÃO DOS TEMAS 952 E 1.016, AMBOS DO STJ. ABUSIVIDADE RECONHECIDA NA ORIGEM. NECESSIDADE DE REEXAME FÁTICO-PROBATÓRIO. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 5 E 7, AMBAS DO STJ. DISSONÂNCIA PARCIAL ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. IMPOSSIBILIDADE DE SUBSTITUIÇÃO AUTOMÁTICA PELO ÍNDICE DA ANS. NECESSIDADE DE APURAÇÃO EM CUMPRIMENTO DE SENTENÇA POR PERÍCIA ATUARIAL. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO.

1. Foi respeitado o tema n. 952 do STJ, porquanto a instância ordinária aplicou hipótese expressa na tese fixada ao entender que o reajuste aplicado no caso concreto é inválido por terem sido aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, oneraram excessivamente o consumidor.

2. De fato, é possível o reajustamento dos preços das mensalidades do plano de saúde em virtude da variação de custos ou do aumento de sinistralidade, porém, como no caso a operadora não demonstrou motivação que justifique o aumento aplicado, incabível a reforma do acórdão recorrido quanto ao reconhecimento da abusividade.

3. Para alterar o entendimento firmado na origem (de que não houve demonstração de motivação válida e nem apresentação adequada

dos cálculos referentes ao aumento do valor) seria imprescindível o reexame dos elementos fáticos e probatórios dos autos, especialmente o contrato e a análise das provas produzidas pela operadora, providências vedadas em recurso especial pelas Súmulas n. 5 e 7, ambas do STJ.

4. Por fim, o acórdão e a sentença divergiram parcialmente da jurisprudência desta Casa ao determinarem a substituição do índice considerado abusivo por aquele estabelecido pela ANS para planos individuais, sem a realização de perícia atuarial.

5. O valor adequado do índice de reajuste a ser aplicado deve ser apurado na fase de cumprimento de sentença, afastando-se a aplicação dos índices da ANS, conforme precedentes desta Corte.

6. Agravo conhecido. Recurso especial parcialmente provido.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por BRADESCO SAÚDE S.A. (BRADESCO SAÚDE) contra decisão que não admitiu seu apelo nobre manejo com fundamento no art. 105, III, alínea a, da CF contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado:

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. REAJUSTES CONTRATUAIS. RECURSO DA PARTE RÉ DESPROVIDO E RECURSO DOS PATRONOS DA PARTE AUTORA PROVIDO. I. Caso em Exame 1. Apelação contra sentença que declarou nulas cláusulas contratuais de reajustes superiores aos fixados pela ANS e condenou a ré a restituir valores pagos em excesso, observada a prescrição trienal. A parte ré alega cerceamento de defesa, prescrição do pedido e julgamento extrapetita. Sustenta a legalidade dos reajustes contratuais. A parte autora apela quanto aos honorários sucumbenciais. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em (i) verificar a legalidade dos reajustes contratuais aplicados pela ré e (ii) determinar a base de cálculo dos honorários sucumbenciais. III. Razões de Decidir 3. A sentença não é extrapetita, pois a nulidade das cláusulas de reajuste foi expressamente requerida. 4. A relação contratual é de consumo, e o contrato é caracterizado como “falso coletivo”, devendo seguir as normas de planos individuais/familiares. 5. A falta de transparência nos critérios de reajuste e a potestatividade pura configuram abusividade pois viola o princípio da boa-fé contratual. IV. Dispositivo e Tese 6. Recurso da parte RÉ DESPROVIDO. Recurso dos patronos da parte AUTORA PROVIDO para fixar honorários sucumbenciais com base no valor da condenação. Tese de julgamento: 1. Cláusulas de reajuste em planos de saúde devem ser transparentes e verificáveis.

2. Contratos “falsos coletivos” devem seguir normas de planos individuais/familiares (e-STJ, fl. 693).

Os embargos de declaração de BRADESCO SAÚDE foram rejeitados (e-STJ, fls. 721-725).

Nas razões do recurso especial, BRADESCO SAÚDE apontou a violação dos arts. 16, XI, da Lei n. 9.656/1998; 478 e 479, ambos do CC; e 6º, III, do CDC, sustentando, em síntese, que não restou demonstrado que há abusividade nos reajustes aplicados na apólice coletiva em discussão.

Houve apresentação de contrarrazões por DMNDS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS LTDA. (DMNDS) [e-STJ, fls. 776-797].

Não admitido o seu recurso especial, DMNDS manifestou o presente agravo, sustentando o desacerto da decisão agravada.

A contraminuta foi apresentada (e-STJ, fls. 851-867).

É o relatório.

VOTO

O agravo é espécie recursal cabível, foi interposto tempestivamente e com impugnação adequada aos fundamentos da decisão recorrida.

CONHEÇO, portanto, do agravo e passo ao exame do recurso especial, que merece prosperar em parte.

Inicialmente, destaco que o Tema repetitivo n. 1.016 do STJ fixou a tese de que o Tema repetitivo n. 952 é aplicável aos planos coletivos, ressalvando-se, acerca das entidades de autogestão, a inaplicabilidade do CDC.

Já o Tema n. 952 do STJ estabeleceu a tese de que *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.*

Sobre a abusividade do percentual aplicado, o Tribunal bandeirante entendeu o seguinte:

O objeto da presente ação é a regularidade dos reajustes.

Resume-se, portanto, à onerosidade do contrato. Enquanto a parte autora sustenta que esta se deve a reajustes e variação de preços abusivamente estabelecidos pela ré, a parte ré sustenta que tais reajustes e variações são legítimos.

Sobre a onerosidade do contrato é preciso distinguir a formação do preço (prêmio), o reajuste técnico, também conhecido por sinistralidade, e o reajuste financeiro, também conhecido como reajuste por Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH).

Por tratar-se de contrato aleatório, a formação do preço (prêmio) deve corresponder ao risco assumido pela contratada considerando, ainda, o lucro de mercado. É de natureza eminentemente atuarial.

O mutualismo, em linhas simples, é o compartilhamento dos riscos para que, em conjunto, os beneficiários possam diluir a onerosidade ao longo do tempo. É o mesmo princípio que rege o sistema de previdência. O ingresso no sistema se dá, em geral, muito antes do acréscimo do risco, para que quando se chegue à idade avançada o risco não fique extremamente oneroso. Assim, os jovens pagam mais do que o risco a que estão sujeitos e os velhos pagam menos.

Qual o risco total e por faixa etária assumido pela contratada quanto ao plano comercializado? Somente os dados estatístico-atuariais, compilados por ocasião da formação original dos preços e enviados com a NTRP podem demonstrar. Contudo, a forma de distribuição do risco entre as faixas etárias e o critério matemático do mutualismo não está determinado no contrato. Ou seja, o critério do mutualismo deve ser demonstrado.

As formulas matemáticas conhecidas utilizadas pela contratada demonstram apenas o risco total e a formação geral do prêmio e não possuem qualquer fator de distribuição e segmentação do risco ou sequer do prêmio. No entanto, é sabido que a definição do valor de cada faixa etária leva em consideração, adicionalmente à margem de lucro (plenamente admissível), critérios comerciais de oferta, que não estão claros.

Dessa forma, poderiam considerar-se aleatórias as variações de preços se não forem informados os dados estatísticos, fórmulas atuariais e critérios de segmentação do preço; que não possuem base atuarial idônea se as fórmulas matemáticas e atuariais não encontrassem supedâneo técnico na literatura específica. Seriam desarrazoadas as que aplicassem critérios de mutualismo entre as faixas etárias que, ainda que informados, não levassem em consideração os gastos ou os riscos segmentados e específicos de cada e implicassem acréscimo comparativamente excessivo para a última faixa etária.

Sobre esse prêmio incidem dois reajustes anuais na data do aniversário do contrato: o reajuste técnico (por sinistralidade) e o reajuste financeiro (VCMH).

Inequívoco que se trata de contrato formalmente coletivo.

Em relação a esses tipos de contrato não é obrigatória, a princípio, a adoção do índice da ANS que engloba ambos os reajustes (que só é

obrigatória para planos individuais e familiares, conforme RN 441/2018 ANS). Contudo, não ser obrigatório não significa ser proibido, mas ao contrário, que a adoção desse índice é facultativa.

[...]

Neste sentido, em síntese, o reajuste financeiro é aquele que compensa a desvalorização ao longo do período apurado (de natureza eminentemente econômica) e o reajuste de sinistralidade é aquele que compensa o aumento da ocorrência de despesa em relação às receitas (de natureza eminentemente contábil). Importante ressaltar que nenhum reajuste poderá implicar na atualização da base do prêmio, de natureza atuarial, já que para essa atualização é prevista hipótese específica tratada no artigo 6º, da RN 564/2022 ANS, aplicando-se somente a novas comercializações nos termos do parágrafo 4º, de tal maneira que o reajuste por sinistralidade não aborda a base atuarial do preço.

[...]

O contrato em questão prevê as seguintes cláusulas de reajuste:

15.1.3.2. ÍNDICE DE SINISTRALIDADE aplicável às apólices com até 29 (vinte e nove) vidas seguradas.

15.1.3.2.1 Para ao cálculo do índice de sinistralidade, serão considerados os valores de sinistros pagos das apólices coletivas objeto de agrupamento, nos termos da fórmula a seguir:

Onde:

I = índice de correção para o prêmio vigente SG = soma dos sinistros, relativos ao período de apuração, referente às apólices do agrupamento, substituindo-se os dados dos 3 (três) primeiros meses de vigência de cada apólice, caso aplicável, pela multiplicação dos sinistros per capita mensal dos demais contratos pelo respectivo número de segurados de cada apólice PP = soma dos prêmios pagos do período de apuração referentes às apólices do agrupamento (...)

15.1.3.2.3 Sempre que o índice de reajuste do prêmio vigente, obtido pela fórmula descrita no subitem 15.1.3.2.1, resultar em um número inferior a 1 (um), será considerado o índice como igual a 1 (um)

Essa é uma cláusula verdadeiramente em branco, posto que, somente com base nela não se sabe efetivamente qual será o reajuste. Além disso, o conteúdo que serviria para completar a força normativa dessa cláusula, dando-lhe eficácia (os valores correspondente às variáveis) são todos exclusivamente provenientes do plano de saúde, alguns deles aleatórios.

Ora, do que vale saber fazer contas se nenhum dos elementos da fórmula é conhecido pelo consumidor. Além disso, não há equidade na distribuição dos “riscos” já que não se admite reajuste negativo no caso em que os prêmios somem aproximadamente 154% do valor gasto nos sinistros.

A própria fórmula, ao estipular fator redutor do prêmio, implica em desequilíbrio contra o consumidor, de forma que, ainda que o prêmio

pago tenha sido superior aos sinistros (com superávit da operadora) haverá, mesmo assim, reajuste positivo.

Os fatores são, da forma como estabelecidos no contrato, aleatórios e discricionários, já que sua apuração depende de dados de propriedade e ingerência exclusiva da operadora. Se ela disser que é “tanto” é “tanto”, se ela disser que é “um tanto mais” será “um tanto mais”. Não há quem possa dizer o contrário, sem o devido acesso aos dados.

Somente seria possível aferir a congruência dos valores de cada variável se a operadora disponibilizasse a inteireza dos dados (ainda que anonimizados) para os consumidores para que esses pudessem por seus próprios meios afirmar a legitimidade, segundo o contrato com o qual meramente aderiram, dos reajustes.

A realidade dos fatos é que isso não acontece seja extrajudicialmente seja judicialmente. A operadora não disponibiliza os dados completos (afirmando a complexidade, o volume e a sensibilidade dos mesmos) nem para o consumidor nem quando determinado em juízo para a realização de perícia.

Ao consumidor só avisam, de maneira insuficiente, o valor de cada fator e o resultado da simples conta matemática. E para a justiça se negam a fornecer os dados para perícia, jogando com o tempo e a probabilidade de êxito judicial para minimizar prejuízos e maximizar seus ganhos com tal prática, ainda que sob o ônus processual.

Quando apenas uma das partes possui capacidade para a realização do cálculo do reajuste fica evidente a enorme desigualdade entre elas. Quando apenas uma das partes possui com exclusividade a capacidade contratual, com absoluta potestividade, de estabelecer casuisticamente reajustes sem possibilidade de verificação da parte contrária, estamos diante de cláusula nula.

A falta de acesso às informações necessárias para o controle sobre a adequação do reajuste implica em quebra do princípio da transparência que rege os contratos consumeristas. A disposição de cláusulas puramente potestativas implica na quebra do princípio da igualdade e da boa-fé contratual.

A fórmula de reajuste não é obrigatória. Ela é, portanto, opção voluntária de quem redige o contrato de adesão. A Operadora pode escolher outra fórmula, outro método de reajuste, qualquer um, mas a escolha de fórmula segundo a qual é necessária a obtenção de dados que somente uma das partes tem acesso e cujo tratamento é complexo e sensível, implica em abusividade da cláusula.

O mesmo se dá em relação ao reajuste financeiro. A norma regulamentar estabelece a eleição, por parte da Operadora, de índice de reajuste. Contudo, a operadora não informa qual índice é esse. Novamente volta-se a metodologia interna de apuração. Aliás, suas cláusulas estabelecem a possibilidade de alteração unilateral e com motivação de difícil controle. Ainda que sujeita a auditoria, isso não implica em razoabilidade: primeiramente porque a auditoria é contratada pela própria parte interessada e realizada somente com base em dados fornecidos pela mesma parte interessada, secundamente porque o trabalho de auditoria não é de elaboração do

índice segundo critérios econômicos, mas somente de validação do índice estabelecido pela parte interessada segundo seus próprios critérios, sequer revelados ao consumidor.

Novamente, há diversos índices elaborados por instituições independentes e autônomas, específicas para o mercado, disponíveis para a livre adoção. Ocorre que a Operadora escolhe unilateralmente o caminho da obscuridade.

O que pretende a Operadora é que acreditemos pura e simplesmente na sua palavra de que os dados estão corretos e são justos e adequados para todos. Isso abre margem para abusos o que invalida a cláusula que lhe dá suporte.

Além do já exposto, ainda que os dados fossem disponibilizados e verificáveis, ainda que estivessem de acordo com a realidade dos fatos, o que não acontece na prática, é necessário questionar-se a legalidade de tais reajustes.

As partes celebraram contrato coletivo de plano de saúde tendo como titular uma única pessoa com vínculo familiar.

Ensina Gustavo Kloh que os planos de saúde se apresentam como divididos em dois grandes modelos de contratação.

O artigo 16, VII, da Lei 9.656/98, é claro ao afirmar que os planos podem ter dois regimes distintos: individual ou coletivo. O coletivo é dividido em duas modalidades: por adesão ou empresarial.

Os planos individuais se caracterizam por uma rígida proteção ao usuário, não podendo se submeter a reajustes superiores aos autorizados pela ANS e nem sofrer rescisão unilateral, salvo fraude ou inadimplência.

A doutrina e a jurisprudência têm entendido que os contratos coletivos que envolvam microgrupos (coletivo atípico ou falso coletivo) deverão ter os mesmos parâmetros de proteção dos contratos individuais, diante da menor capacidade de negociação junto às operadoras e da manutenção de vulnerabilidades relacionadas à posição de consumidores.

A lei em seu artigo 16, inciso VII, diferencia os tipos ou regimes de contratação em individual ou familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão. Foi editada RN 557/2022 que em seus artigos 2º e seguintes regulamenta tais tipos de contratação¹.

Verifica-se que, para a distinção material das contratações, é necessária a verificação do vínculo estabelecido entre os beneficiários e os contratantes. Consequentemente, um plano será coletivo se houver uma multiplicidade de beneficiários titulares de vínculos específicos (juridicamente qualificados) com o contratante.

É de se ressaltar que inclusão de beneficiários do grupo familiar geralmente se dá numa condição de dependência em relação ao beneficiário titular. A multiplicidade que caracteriza o tipo de contratação de planos coletivos, portanto, deve ser sempre verificada em relação aos beneficiários titulares de vínculos empregatícios, societários ou em razão da profissão, classe ou setor de atuação profissional com a contratante. Sem essa multiplicidade de beneficiários titulares desses vínculos qualificados, o contrato carece da natureza jurídica de coletivo.

Assim, havendo um único beneficiário titular das relações qualificadas, ainda que haja outros beneficiários de seu núcleo familiar por dependência, não estará caracterizado o tipo de contrato coletivo.

Da mesma forma, a mera existência de múltiplos beneficiários, sem que seu vínculo com a contratante seja qualificado (quando, por exemplo, apesar de vínculo formal com a empresa contratante, na verdade, o vínculo que prevalece for o vínculo familiar entre os beneficiários), também não estará caracterizado o tipo de contrato coletivo.

Com efeito, em que pese ter sido formalmente contratado o plano de saúde na modalidade coletiva empresarial, vê-se que, na prática, os segurados acabam por figurar como beneficiários de plano individual/familiar, caracterizando-se a hipótese de "falso coletivo".

Nestes casos, ante a natureza jurídica de plano individual/familiar, dissimulada em contrato formalmente diverso, deve-se aplicar as normas jurídicas atinentes ao respectivo contrato material, em especial o artigo 13, incisos II e III da Lei 9.656/98 que estabelece a impossibilidade de os contratos individuais/familiares serem rescindidos unilateralmente, salvo as hipóteses de fraude e inadimplência de mensalidade, o que não ocorre no caso em tela.

[...]

Este é o caso do contrato em tela, conforme comprovado nos autos. Diante do contrato coletivo que beneficia 4 vidas, todas da mesma família, aplicável analogicamente o regime das normas protetivas do contrato individual/familiar, com a incidência do reajuste estabelecido pela ANS.

Sobre a devolução dos valores pagos a maior, diante da abusividade declarada, em procedimento próprio, as partes poderão realizar os cálculos necessários para arbitrar a tutela específica da condenação (e-STJ, fls. 695-709).

Percebe-se, portanto, que não houve desrespeito ao Tema n. 952 do STJ, porquanto a instância ordinária aplicou hipótese expressa na tese fixada ao entender que o reajuste aplicado no caso concreto é inválido por terem sido aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, oneraram excessivamente o consumidor.

De fato é possível o reajustamento dos preços das mensalidades do plano de saúde em razão da variação de custos ou do aumento de sinistralidade, porém, como no caso concreto a operadora não demonstrou motivação que justifique o aumento aplicado, incabível a reforma do acórdão recorrido quanto ao reconhecimento da abusividade.

Para alterar o entendimento firmado na origem (de que não houve demonstração de motivação válida e nem apresentação adequada dos cálculos referentes ao aumento do valor) seria imprescindível o reexame dos elementos fáticos

e probatórios dos autos, especialmente o contrato e a análise das provas produzidas pela operadora, providências vedadas em recurso especial pelas Súmulas n. 5 e 7, ambas do STJ.

Nesse sentido:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA E VCMH. ABUSIVIDADE RECONHECIDA NA ORIGEM. ÍNDICES DE REAJUSTE. ANS. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE APURAÇÃO DE ÍNDICE ADEQUADO EM CUMPRIMENTO DE SENTENÇA. EQUILÍBRIO ATUARIAL.

1. Hipótese em que o Tribunal de origem reconheceu a abusividade dos reajustes por variação de custos e por faixa etária, em razão da falta clareza do contrato e de demonstração mínima dos elementos que levaram ao suposto aumento desses custos.

2. O Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial Repetitivo n. 1.568.244/RJ (DJe de 19/12/2016), firmou o entendimento de que é válida cláusula em contrato de plano de saúde que prevê reajuste de mensalidade fundado na mudança de faixa etária do beneficiário, 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(Tema 952/STJ).

3. Apesar de haver entendimento firmado nesta Corte no sentido de que é possível o reajustamento dos preços das mensalidades do plano de saúde em razão da variação de custos ou do aumento de sinistralidade, a jurisprudência é firme de que cabe ao juiz o exame, caso a caso, da ocorrência de eventual abusividade do reajuste aplicado.

4. Rever os fundamentos que ensejaram a conclusão da Corte estadual sobre a ausência de justificativa para a majoração das mensalidades do plano de saúde exigiria reapreciação do conjunto probatório, o que é vedado em recurso especial, ante o teor das Súmulas 5 e 7 do STJ.

[...]

Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, provido.

(REsp n. 2.183.291/SP, relator Ministro HUMBERTO MARTINS, Terceira Turma, julgado em 31/3/2025, DJEN de 3/4/2025 – sem destaques no original)

Entretanto, o acórdão recorrido divergiu parcialmente da jurisprudência desta Casa, ao determinar a substituição dos índices abusivos pelos estabelecidos pela ANS para planos individuais, sem a realização de perícia atuarial, mesmo que apenas para um período específico.

A jurisprudência dominante do STJ entende ser imprescindível a realização de perícia atuarial para a demonstração dos cálculos necessários, sendo descabida a aplicação indiferente do índice da ANS referente aos planos individuais.

Nesse sentido:

DIREITO DO CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE POR SINISTRALIDADE. ABUSIVIDADE. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

I. Caso em exame

1. Recurso especial interposto contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que manteve a decisão de primeira instância, a qual considerou abusivo o reajuste unilateral de plano de saúde coletivo, em percentual superior aos praticados à época, sem comprovação adequada do aumento de sinistralidade.

2. A recorrente alega violação ao art. 35-E, § 2º, da Lei 9.656/1998, sustentando a inaplicabilidade dos percentuais de reajuste estipulados pela ANS aos planos de saúde coletivos.

II. Questão em discussão

3. A questão em discussão consiste em saber se é aplicável aos planos de saúde coletivos o reajuste por índices estipulados pela ANS, considerando a alegação de abusividade no reajuste por sinistralidade sem comprovação adequada.

III. Razões de decidir

4. O acórdão recorrido está em conformidade com a jurisprudência do STJ, que considera abusivo o reajuste unilateral sem comprovação de aumento de sinistralidade, conforme art. 51, IX e XI, do CDC.

5. A modificação do acórdão recorrido demandaria reinterpretação de cláusulas contratuais e reexame do conjunto fático-probatório, o que é vedado pelas Súmulas 5 e 7 do STJ.

6. O STJ firmou entendimento de que, no plano coletivo, o reajuste anual é apenas acompanhado pela ANS para monitoramento, não se aplicando os índices previstos para planos individuais.

7. A abusividade nos índices de reajustes aplicados deve ser apurada na fase de cumprimento de sentença, afastando-se a aplicação dos índices da ANS.

IV. Dispositivo

8. Recurso parcialmente provido para afastar a aplicação dos índices da ANS para o reajuste, devendo este ser calculado na fase de cumprimento de sentença.

(REsp n. 1.846.636/SP, relatora Ministra DANIELA TEIXEIRA, Terceira Turma, julgado em 25/8/2025, DJEN de 28/8/2025 – sem destaques no original)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA C/C RESTITUIÇÃO DE VALORES. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO OCORRÊNCIA. VIOLAÇÃO DO ART. 489 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. NECESSIDADE DE CÁLCULOS AUTUARIAIS. SÚMULA 568/STJ. AUMENTO DE SINISTRALIDADE NÃO DEMONSTRADO. ABUSIVIDADE CONFIGURADA.

[...]

4. O Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial Repetitivo 1.568.244/RJ (DJe de 19/12/2016), firmou entendimento no sentido de que é válida cláusula em contrato de plano de saúde que prevê reajuste de mensalidade fundado na mudança de faixa etária do beneficiário, 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(Tema 952/STJ).

5. Nos termos do art. 51, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor, 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 a apuração de percentual adequado e razoável de majoração da mensalidade, o que deverá ser feito por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença. Precedentes.

[...]

8. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp n. 2.128.035/SP, relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma, julgado em 9/12/2024, DJEN de 12/12/2024 – sem destaque no original)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. **REAJUSTE POR SINISTRALIDADE E POR FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE. AGRAVO INTERNO PROVIDO. RECURSO ESPECIAL PROVIDO EM PARTE.**

1. O

julgado recorrido está de acordo com o entendimento desta Corte de que não é abusiva a cláusula que prevê a possibilidade de reajuste do plano de saúde, seja por variação de custos ou por aumento de sinistralidade, cabendo ao magistrado a respectiva análise, no caso concreto, do caráter abusivo do reajuste efetivamente aplicado.

2. A jurisprudência do STJ estabelece que, em caso de reconhecimento de índole abusiva nos reajustes de planos de saúde, é imprescindível a apuração de índice substituto por meio de cálculos atuariais na fase de cumprimento de sentença, para preservar o equilíbrio contratual.

3. O acórdão recorrido divergiu parcialmente da jurisprudência do STJ ao determinar a substituição dos índices abusivos pelos estabelecidos pela ANS para planos individuais, sem a realização de perícia atuarial.

4. Agravo interno provido. Recurso especial parcialmente provido.

(AgInt no REsp n. 1.988.943/SP, relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 29/9/2025, DJEN de 2/10/2025 – sem destaques no original)

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTES POR FAIXA ETÁRIA E VCMH. ABUSIVIDADE RECONHECIDA NA ORIGEM. ÍNDICES DE REAJUSTE. ANS. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE APURAÇÃO DE ÍNDICE ADEQUADO EM CUMPRIMENTO DE SENTENÇA. EQUILÍBRIO ATUARIAL.

[...]

4. Rever os fundamentos que ensejaram a conclusão da Corte estadual sobre a ausência de justificativa para a majoração das mensalidades do plano de saúde exigiria reapreciação do conjunto probatório, o que é vedado em recurso especial, ante o teor das Súmulas 5 e 7 do STJ.

5. Esta Corte entende que, no plano coletivo, o reajuste anual é apenas acompanhado pela ANS, para monitoramento da evolução dos preços e da prevenção de abusos, não havendo que se falar, portanto, em aplicação dos índices previstos aos planos individuais. Assim, "reconhecida a abusividade da cláusula contratual de reajuste, é necessária a apuração do percentual adequado na fase de cumprimento de sentença, a fim de restabelecer o equilíbrio contratual, por meio de cálculos atuariais" (AgInt no REsp n. 1.870.418/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe de 18/5/2021).

Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, provido.

(REsp n. 2.183.291/SP, relator Ministro HUMBERTO MARTINS, Terceira Turma, julgado em 31/3/2025, DJEN de 3/4/2025 – sem destaque no original)

DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. **REAJUSTE POR SINISTRALIDADE.** ÍNDOLE ABUSIVA. RECURSO PROVIDO.

I. Caso em exame

1. Recurso especial interposto por administradora de benefícios contra acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo que reconheceu a índole abusiva de cláusula de reajuste por sinistralidade em plano de saúde coletivo, determinando a aplicação dos índices da ANS.

II. Questão em discussão

2. A questão em discussão consiste em saber se é válida a cláusula de reajuste por sinistralidade em plano de saúde coletivo, sem vinculação aos índices da ANS, e se a natureza abusiva do reajuste pode ser aferida em sede de cumprimento de sentença.

III. Razões de decidir

3. A jurisprudência do STJ entende que o reajuste por sinistralidade em planos de saúde coletivos é válido, desde que os percentuais atendam aos critérios de razoabilidade.

4. A aplicação dos índices da ANS para planos individuais não é obrigatória para planos coletivos, cabendo a apuração do percentual adequado em sede de cumprimento de sentença. Na forma da jurisprudência do STJ, "reconhecida a abusividade da cláusula contratual de reajuste, é necessária a apuração do percentual adequado na fase de cumprimento de sentença, a fim de restabelecer o equilíbrio contratual, por meio de cálculos atuariais" (AgInt no REsp 1.870.418/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, DJe de 18/05/2021).

5. A revisão do acórdão recorrido, que determinou a aplicação dos índices da ANS, é necessária para observar o grau de variação do risco coberto, segundo cálculos atuariais.

IV. Dispositivo

6. Recurso especial provido.

(REsp n. 2.062.947/SP, relator Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, julgado em 22/9/2025, DJEN de 26/9/2025 – sem destaques no original)

Portanto, verifica-se que o entendimento esposado na origem ao determinar a aplicação dos índices aprovados pela ANS para contratos individuais, como critério a ser adotado no caso de reajuste por sinistralidade do plano de saúde coletivo, está em dissonância com a jurisprudência majoritária do Superior Tribunal de Justiça.

Nesses termos, **CONHEÇO** do agravo para **DAR PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso especial a fim de determinar que o índice adequado de reajuste do plano de saúde seja aferido em cumprimento de sentença, observando estritamente o grau de variação do risco coberto, segundo cálculos atuariais.

Em razão da sucumbência recíproca, **REDISTRIBUO** os ônus da sucumbência, atribuindo a cada parte a responsabilidade pelo pagamento de 50% das custas processuais e dos honorários advocatícios, estes arbitrados em 10% sobre o valor da causa.

É o voto.

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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

AREsp 3.152.830 / SP
PROCESSO ELETRÔNICO

Número Registro: 2026/0006048-1

Número de Origem:

00040777220258260100

11225425720248260100

40777220258260100

4077722025826010011225425720248260100

Sessão Virtual de 26/05/2026 a 01/06/2026

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exma. Sra. Ministra DANIELA TEIXEIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. MARIA EMILIA MORAES DE ARAUJO

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : BRADESCO SAUDE S/A.

ADVOGADA : ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825

AGRAVADO : PANAY INVESTIMENTOS E DESENVOLVIMENTO DE NEGOCIOS
LTDA

OUTRO : DMNDS PRESTACAO DE SERVICOS ADMINISTRATIVOS LTDA
NOME

ADVOGADA : RENATA VILHENA SILVA - SP147954

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE - REAJUSTE
CONTRATUAL

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 26/05/2026 a 01/06/2026, por unanimidade, decidiu dar parcial provimento ao recurso, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

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

Brasília, 01 de junho de 2026