



## SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1918599 - RJ (2018/0273750-3)

**RELATOR** : MINISTRO PAULO DE TARSO SANSEVERINO  
**RECORRENTE** : BHP BILLITON METAIS SA  
**ADVOGADOS** : RICARDO HENRIQUE SAFINI GAMA E OUTRO(S) - RJ114072  
GUILHERME D'AGUIAR - RJ135174  
FERNANDO CAMINHA COSTA LACERDA - RJ152733  
MIGUEL RODRIGUES DE ALCANTARA SALOMÃO - RJ232901  
**RECORRIDO** : ROSELI MARTINS CORDEIRO  
**RECORRIDO** : WERTHER JOSE DE OLIVEIRA CORDEIRO  
**ADVOGADOS** : FELIPPE ZERAIK E OUTRO(S) - RJ030397  
FERNANDO MARQUES DE CAMPOS CABRAL FILHO - RJ155360  
**RECORRIDO** : ALLIANZ SAÚDE S.A  
**ADVOGADOS** : JOSÉ ROBERTO ALVES COUTINHO E OUTRO(S) - RJ038497  
ALESSANDRA DE FARIA FERNANDES - RJ096092  
MARIA APARECIDA DA SILVA ALEXANDRE ROSA - RJ161342

### EMENTA

*RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. NULIDADE DO ACÓRDÃO RECORRIDO. INOCORRÊNCIA. DIREITO DE MANUTENÇÃO. EX-EMPREGADO DESPEDIDO SEM JUSTA CAUSA. LIMITAÇÃO AO PRAZO DE 24 MESES. PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE POR MAIS DE 10 ANOS. INÉRCIA DE ESTIPULANTE EM PROMOVER A EXCLUSÃO. 'SUPRESSIO'. OCORRÊNCIA. RESPEITO À DIGNIDADE DA PESSOA IDOSA NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE.*

1. *Controvérsia acerca da possibilidade de se excluir ex-empregado do plano de saúde, após ultrapassado, em **quase 10 anos**, a data do rompimento do vínculo empregatício.*
2. *Inocorrência de nulidade no acórdão recorrido por aplicação do CDC à estipulante, uma vez que o fundamento da 'supressio' (que tem lastro no Código Civil), seria suficiente para fundamentar o resultado do julgamento.*
3. *Nos termos do art. 30, § 1º, da Lei 9.656/1998, o ex-empregado despedido sem justa causa tem direito de permanecer no plano de saúde pelo tempo equivalente a um terço do tempo em que contribuiu para o plano, observado o limite mínimo de 6 meses e máximo de 24 meses após a rescisão do contrato de trabalho.*
4. *Caso concreto em que a estipulante deixou de exercer o direito de excluir o ex-empregado do plano de saúde ao término do prazo de 24 meses, mantendo-o vinculado ao plano por quase uma década, quando então decidiu exercer tal direito.*
5. *Criação de legítima expectativa para o ex-empregado (já aposentado e idoso) de que permaneceria vinculado ao plano de saúde, a exemplo dos ex-empregados que se aposentaram na empresa.*
6. *Aplicação ao caso do princípio da boa-fé objetiva, na concreção do brocardo jurídico da "supressio".*
7. *Perda de eficácia do direito de excluir o ex-empregado do plano de saúde, em virtude da legítima expectativa criada pelo longo período de inércia da estipulante.*
8. *Proteção da pessoa idosa no mercado de planos de saúde por meio da solidariedade intergeracional. Doutrina sobre o tema.*
9. *Caso concreto em que a exclusão tardia do ex-empregado romperia com a solidariedade intergeracional em desfavor deste.*
10. *Existência de precedente específico desta Turma em que a 'supressio' foi aplicada em caso análogo, porém com um período de manutenção no plano de saúde superior a 10 anos.*
11. *Possibilidade de aplicação das razões de decidir desse precedente*

ao caso dos autos, embora o período de manutenção tenha sido inferior a 10 anos (9 anos), uma vez que o ex-empregado já se encontrava na condição de idoso quando foi comunicado da futura exclusão.

12. RECURSO ESPECIAL DESPROVIDO.

## RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial, oriundo da conversão do AREsp 1.380.530/RJ, interposto por BHP BILLITON METAIS SA em face de acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, assim ementado:

*Apelação Cível. Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenizatória.*

1- Trata-se de ação na qual alega o 1º autor que, em abril de 2012, recebeu correspondência da 1ª ré (BHP Billiton Metais S/A) informando que seu seguro saúde, bem como da 2ª autora, seria extinto em 30/04/2014.

Narra que encaminhou notificação extrajudicial à 1ª ré informando sua condição de aposentado e que teria optado por prosseguir integrado ao plano, mas que não obteve resposta;

2- Sentença que julgou improcedentes os pedidos;

3- Recurso de Apelação da parte autora no qual alega que faz jus a manutenção no plano de saúde, eis que trabalhou por 14 anos junto a 1ª ré, contribuindo para a manutenção do seu plano, devendo ser aplicada à hipótese o artigo 31 da Lei 9.656/98. Narra que lhe foi garantida a permanência no plano por 12 anos, sendo vedado o comportamento contraditório;

4- Destaco que restou incontroverso nos autos que o 1º autor era empregado da 1ª ré e que o mesmo contribuiu com o plano de saúde por período superior a 10 anos, sendo que tal alegação é confirmada pela 1ª demandada em contestação;

5- Às fls. 178 o autor comprova que sua aposentadoria é patrocinada pela 1ª ré e, assim como afirmado pelo Magistrado sentenciante, os documentos de fls. 35/46 demonstram, de fato, haver um vínculo entre o autor e a 1ª demandada, corroborando a informação de que aderiu ao plano de demissão voluntária;

6- Destaco que, em que pese o 1º autor tenha contribuído para o pagamento do plano de saúde durante sua condição de empregado, na presente

*hipótese não faz jus ao preconizado no artigo 31 da Lei 9.656/98. No caso em análise, a aposentadoria do autor ocorreu após o seu afastamento definitivo por conta da demissão sem justa causa, não possuindo o demandante, no momento de sua aposentação, nenhum vínculo com seu antigo empregador;*

*7- No entanto, em que pese todo o exposto acima, entendo que, excepcionalmente, a parte autora/apelante faz jus a permanência no plano de saúde, em razão do comportamento contraditório das rés. Isso porque, após a aposentadoria do autor, o mesmo e sua dependente permaneceram no plano por 12 anos, arcando integralmente com os custos do mesmo, não sendo razoável e crível que, após longo espaço de tempo, se permita um comportamento contraditório e se pretenda a rescisão do contrato do plano de saúde, sob pena de violação do princípio da boa-fé contratual (supressio), haja vista a legítima expectativa criada junto ao consumidor;*

*8- A preliminar de ilegitimidade ativa da 2ª autora deve ser afastada uma vez que o próprio dispositivo legal que rege a matéria determina que “A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho”;*

*9- Preliminar de ilegitimidade passiva que também deve ser afastada. A 1ª ré (BHP Billiton Metais S/A) celebrou contrato com a Allianz Saúde S/A, cujo objeto era o fornecimento de serviços de assistência médica aos seus funcionários, de forma que, na condição de beneficiário, passaram os apelantes a terem relação jurídica tanto com a estipulante quanto com a operadora de plano de saúde. Frise-se que se mostra imprescindível a presença da Allianz Saúde S/A no polo passiva da demanda, tendo em vista que, certamente, suportará reflexos da decisão judicial, já que responsável direta pela prestação dos serviços médicos;*

*10- Danos materiais configurados a partir do cancelamento do plano;*

*11- Inexistência de danos morais. Ausência de má-fé que não pode ser presumida;*

*12- Sentença que merece reforma. Recurso de Apelação conhecido e provido parcialmente. (fls. 327/8)*

Opostos embargos de declaração, foram rejeitados (fls. 362/78).

No recurso especial, interposto com fundamento na alínea *a* do permissivo constitucional, a recorrente apontou ofensa aos arts. 2º, 3º e 7º, parágrafo único, e 14 do Código de Defesa do Consumidor, art. 422 do Código Civil e art. 30 da Lei 9.656/1998, sob os argumentos de: (i) nulidade do acórdão recorrido em virtude da inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor à relação entre a

estipulante e o usuário do plano de saúde coletivo; (ii) ausência de amparo legal para manutenção de ex-empregado no plano de saúde por prazo indeterminado, na hipótese de despedida sem justa causa; (iii) mero equívoco quanto à inclusão do ex-empregado no quadro de aposentados da empresa; (iv) boa-fé da estipulante ao comunicar o cancelamento do plano com dois anos de antecedência; e (v) inoocorrência de *supressio*.

Sustentou que a manutenção dos demandantes no plano de saúde causaria " *perda de benefícios ou a majoração do valor dos prêmios*" para os empregados da ativa e ex-empregados aposentados (fl. 485).

Contrarrazões ao recurso especial às fls. 366/70.

É o relatório.

## VOTO

Eminentes colegas, trago o presente caso à pauta para verificar a possibilidade de aplicação das razões de decidir de um recente precedente a um caso semelhante, embora não seja exatamente igual.

A controvérsia tem origem no ano de 2012, quando o coautor da demanda (então com a idade de 62 anos), na condição de ex-empregado da BHP BILLITON METAIS SA, foi comunicado que seria excluído do plano de saúde coletivo empresarial no ano de 2014.

Registre-se, como consta nos autos, que o coautor da demanda, embora atualmente aposentado, se desligou da ex-empregadora no ano de 2001, após 14 anos de trabalho, mediante despedida sem justa causa, não por aposentadoria.

A despedida sem justa causa assegura o direito de manutenção no plano de saúde pelo prazo máximo de 24 meses, *ex vi* do art. 30, § 1º, Lei 9.656/1998,

abaixo transcrito, *litteris*:

**Art. 30.** *Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.*

**§ 1º.** *O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um **máximo de vinte e quatro meses.***

.....

À luz desse enunciado normativo, o direito de manutenção dos demandantes (o ex-empregado e sua esposa) no plano de saúde se encerraria no ano de 2003, porém a ex-empregadora, na condição de estipulante, deixou de excluí-los, mantendo-os vinculados ao plano por **quase** 10 anos, até que, no ano de 2012, decidiu comunicá-los da futura exclusão.

Segundo a estipulante, a manutenção do demandante e sua esposa, no plano de saúde no período entre 2003 e 2012 se deu em virtude de um equívoco administrativo, consistente na inclusão do ex-empregado no quadro de aposentados da empresa.

O juízo de origem julgou improcedente o pedido de manutenção no plano de saúde, por entender que seria legítima a exclusão, ainda que tardia, uma vez que já havia sido ultrapassado o prazo de 24 meses previsto no já aludido art. 30, § 1º, Lei 9.656/1998.

O Tribunal de origem, porém, reformou a sentença sob o fundamento de que a manutenção do plano de saúde por longo tempo após o prazo legal de 24 meses teria gerado no ex-empregado a legítima expectativa de que o vínculo seria mantido, de modo que a tardia exclusão do plano de saúde seria comportamento

contraditório com a inércia anterior, comportamento que afrontaria o princípio da boa-fé objetiva, na vertente sintetizada no brocado jurídico da *supressio*.

Sobre esse ponto, transcreve-se do acórdão recorrido:

*No entanto, em que pese todo o exposto acima, entendo que, excepcionalmente, a parte autora/apelante faz jus a permanência no plano de saúde, em razão do comportamento contraditório das rés. Isso porque, após a aposentadoria do autor, o mesmo e sua dependente permaneceram no plano por 12 anos, arcando integralmente com os custos do mesmo, não sendo razoável e crível que, após longo espaço de tempo, se permita um comportamento contraditório e se pretenda a rescisão do contrato do plano de saúde, sob pena de violação do princípio da boa-fé contratual (supressio), haja vista a legítima expectativa criada junto ao consumidor. (fl. 338)*

Contra esse acórdão, houve interposição de recurso especial tanto pela estipulante quanto pela operadora de plano de saúde, mas ambos foram inadmitidos, tendo havido interposição de agravo apenas pela estipulante.

Registre-se que a questão da ilegitimidade passiva da estipulante não foi devolvida ao conhecimento desta Corte Superior.

Após essa breve retrospectiva dos fatos consignados dos autos, passo à apreciação do recurso especial interposto pela estipulante.

De início, afastado, de plano, a alegação de que o acórdão recorrido seria nulo em virtude da aplicação do CDC à estipulante, pois, embora o CDC não seja aplicável à estipulante na sua relação com os ex-empregados, o fundamento da *supressio* é por si só suficiente para fundamentar as conclusões do acórdão recorrido, não havendo falar, portanto, em nulidade.

Quanto ao mérito recursal, entendo que andou bem o Tribunal de origem ao aplicar a teoria dos atos próprios ao caso dos autos, especificamente a figura da *supressio*.

Com efeito, a *supressio*, como consectário do princípio da boa-fé objetiva,

consiste na supressão da eficácia de um direito em virtude da expectativa legítima gerada na outra parte quanto ao não exercício desse direito por seu titular.

Nesse sentido, confira-se a lição doutrinária de Pablo Stolze e Rodolfo Pamplona:

*A expressão supressio também é um importante desdobramento da boa-fé objetiva.*

*Decorrente da expressão alemã Verwirkunguz, consiste na perda (supressão) de um direito pela falta de seu exercício por razoável lapso temporal.*

*Trata-se de instituto distinto da prescrição, que se refere à perda da própria pretensão. Na figura da supressio, o que há é, metaforicamente, um "silêncio ensurdecedor" ou seja: um comportamento omissivo tal, para o exercício de um direito, que o movimentar-se posterior soa incompatível com as legítimas expectativas até então geradas.*

*Assim: na tutela da confiança, um direito não exercido durante determinado período, por conta desta inatividade, perderia sua eficácia, não podendo mais ser exercitado. Nessa linha, à luz do princípio da boa-fé, o comportamento*

*de um dos sujeitos geraria no outro a convicção de que o direito não seria mais exigido.*

(GAGLIANO, P. S.; FILHO, R. P. **Novo curso de direito civil, volume 4: Contratos**. 2. ed. unificada [livro eletrônico]. São Paulo: Saraiva Educação, 2019 cap. III, item 6.2)

No caso dos autos, a ex-empregadora deixou de exercer o direito que lhe assistia de excluir o ex-empregado do plano de saúde após 24 meses da despedida sem justa causa, mantendo-o no plano por quase 10 anos, de modo que essa conduta omissiva prolongada no tempo se mostrou apta a gerar no ex-empregado a legítima expectativa de que seria mantido no plano por tempo indeterminado, a exemplo do que ocorre com os ex-empregados despedidos após aposentadoria (ex vi do art. 31 da Lei 9.656/1998)<sup>[1]</sup>.

Com base nessa legítima expectativa, tornou-se possível aplicar a *supressio* ao caso dos autos, de modo a retirar a eficácia do direito que assistia à estipulante de



excluir o ex-empregado do plano de saúde.

Esta Terceira Turma possui recente precedente por meio do qual se aplicou a *supressio* em caso análogo.

Eis a ementa do referido precedente, *litteris*:

*RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZATÓRIA. FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. SÚM. 284/STF. ALEGADA OFENSA À RESOLUÇÃO DO CONSU. NÃO CABIMENTO. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚM. 211/STJ. FUNDAMENTO NÃO IMPUGNADO. SÚM. 283/STF. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. DISSÍDIO NÃO DEMONSTRADO. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. ROMPIMENTO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO. MANUTENÇÃO DO EX-EMPREGADO E SUA ESPOSA COMO BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE SAÚDE POR 10 ANOS. EXCLUSÃO INDEVIDA PELO EX-EMPREGADOR. RESPONSABILIDADE PELA CONFIANÇA. ABUSO DO DIREITO. SUPRESSIO. JULGAMENTO: CPC/2015.*

*1. Ação de obrigação de fazer c/c indenizatória ajuizada em 19/08/2013, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos, ambos, em 30/08/2018, e atribuídos ao gabinete em 14/05/2020.*

*2. O propósito do primeiro recurso especial é dizer sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) a obrigação de o ex-empregador manter, com base na proteção da confiança (supressio), o plano de saúde oferecido ao ex-empregado, transcorridos **mais de 10 anos do rompimento do vínculo empregatício**; (iii) o termo final da obrigação do ex-empregador de indenizar o ex-empregado dos valores despendidos com a contratação de outro plano de saúde.*

*3. O propósito do segundo recurso especial é dizer sobre (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) o julgamento fora do pedido (extra petita); (iii) a obrigação da seguradora de disponibilizar plano de saúde individual que não comercializa; (iv) a ofensa à competência da ANS; (v) a impossibilidade de manutenção do plano de saúde em favor dos beneficiários que não contribuíam.*

*4. Os argumentos deduzidos pela recorrente não demonstram, concretamente, os pontos omitidos pelo Tribunal de origem, tampouco evidenciam a efetiva relevância das questões para a resolução da controvérsia, a justificar a alegada negativa de prestação jurisdicional (Súmula 284/STF).*

*5. A interposição de recurso especial não é cabível com fundamento em violação de resolução do Consu, porque esse ato normativo não se enquadra*

*no conceito de lei federal previsto no art. 105, III, "a" da CF/88.*

*6. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados ou dos argumentos deduzidos nas razões recursais, a despeito da oposição de embargos de declaração, impede o conhecimento do recurso especial (súm. 211/STJ).*

*7. A existência de fundamento não impugnado - quando suficiente para a manutenção das conclusões do acórdão recorrido - impede a apreciação do recurso especial (súm. 283/STF).*

*8. A análise da existência do dissídio jurisprudencial é inviável quando descumpridos os arts. 1.029, § 1º, do CPC/15 (541, parágrafo único, do CPC/73) e 255, § 1º, do RISTJ.*

*9. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e suficientemente fundamentado o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há falar em violação do art. 1.022, II, do CPC/15.*

*10. A responsabilidade pela confiança constitui uma das vertentes da boa-fé objetiva, enquanto princípio limitador do exercício dos direitos subjetivos, e coíbe o exercício abusivo do direito, o qual, no particular, se revela como uma espécie de não-exercício abusivo do direito, de que é exemplo a supressio.*

*11. O abuso do direito - aqui caracterizado pela supressio - é qualificado pelo legislador como espécie de ato ilícito (art. 187 do CC/2002), no qual, em verdade, não há desrespeito à regra de comportamento extraída da lei, mas à sua valoração; o agente atua conforme a legalidade estrita, mas ofende o elemento teleológico que a sustenta, descuidando do dever ético que confere a adequação de sua conduta ao ordenamento jurídico.*

*12. Hipótese excepcional em que, por liberalidade do ex-empregador, o ex-empregado e sua esposa, assumindo o custeio integral, permaneceram vinculados ao contrato de plano de saúde por prazo que supera - e muito - o previsto no art. 30, § 1º, da Lei 9.656/1998, despertando nestes a confiança de que não perderiam o benefício, de tal modo que sua exclusão agora, quando **já passados 10 anos**, e quando já contam com idade avançada, torna-se inviável, segundo o princípio da boa-fé objetiva.*

*13. Recurso especial de BRADESCO SAÚDE S/A não conhecido. Recurso especial de UNIPAR-UNIÃO DE INDÚSTRIAS PETROQUÍMICAS S.A conhecido em parte e, nessa extensão, desprovido.*

**(REsp 1.879.503/RJ, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/09/2020, DJe 18/09/2020)**

A diferença do caso dos autos, em relação ao do referido precedente, é que o tempo de manutenção incontestado do ex-empregado no plano foi inferior a 10 anos

(9 anos).

Apesar dessa diferença a menor do lapso temporal de manutenção no plano de saúde, entendo que a condição de aposentado e idoso do ex-empregado é fundamento que justifica a aplicação da *supressio* ao caso concreto, ainda que não alcançado o prazo de 10 anos mencionado naquele precedente.

Sob esse prisma, a exclusão tardia do ex-empregado idoso coloca-o em situação de extrema desvantagem no mercado de planos de saúde, uma vez que não poderá usufruir da contribuição solidária da geração mais jovem daquele plano de saúde, embora tenha contribuído solidariamente para custear a geração anterior (mais idosa), enquanto esteve vinculado ao plano de saúde.

É dizer que o ex-empregado foi mantido no plano enquanto sua contribuição favorecia os idosos, mas foi excluído justamente quando ele próprio se tornou idoso, e passou a necessitar da contribuição solidária dos mais jovens para a fixação de uma mensalidade proporcionalmente menor do que a sinistralidade acentuada da última faixa etária.

Sobre essa solidariedade entre gerações nos contratos de plano de saúde, merece referência artigo do economista JOSÉ CECHIN, no trecho abaixo transcrito:

*Pelo esquema do pacto entre gerações, os membros de cada faixa etária são plenamente solidários entre si, e além dessa solidariedade no grupo etário, há uma solidariedade entre grupos ou gerações - dos menores de 59 anos de idade para os maiores de 59. Não há como negar a beleza desse esquema solidário entre gerações. Todos o aceitam porque o fardo distribuído entre muitos menores de 59 anos de idade é relativamente pequeno para cada um, mas muito importante para cada dos idosos que ainda são pouco numerosos. E o aceita também porque todos sabem que seu destino será ser idoso.*

**(Fatos da vida e o contorno dos planos de saúde. In: Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Luiz A. F. Carneiro, coord. Rio de Janeiro: Forense, 2012, cap. 9, p. 220)**

Também merece referência quanto a esse ponto o acórdão paradigma do Tema 952/STJ, abaixo transcrito, em sua ementa:

*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, julgado em 14/12/2016, DJe 19/12/2016, sem grifos no original)**

Desse modo, com base na teoria dos atos próprios, associada ao dever normativo de proteção da pessoa idosa no mercado de planos de saúde por meio da solidariedade intergeracional, a manutenção dos demandantes no plano de saúde é medida que se impõe.

Destarte, o recurso especial não merece ser provido.

**Ante o exposto, voto no sentido de NEGAR PROVIMENTO ao recurso especial.**

Sem majoração de honorários pois não houve arbitramento pelo Tribunal de origem.

É o voto.

## Referências

1. <sup>^</sup> Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#) § 1o Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)