



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.785.504 - RS (2018/0327248-9)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : **GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE**
ADVOGADOS : **LEANDRO DAROIT FEIL - SP318345**
: **NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - RS0080025**
RECORRIDO : **ANA JOSE MARIA COSTA**
ADVOGADOS : **MARILINDA DA CONCEIÇÃO MARQUES FERNANDES - RS016762**
: **LEONARDO SERRAT DE OLIVEIRA RAMOS - RS086423**

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO ADMINISTRADO POR ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. REGIME DE CUSTEIO. DIREITO ADQUIRIDO. INEXISTÊNCIA. PREÇO ÚNICO. REESTRUTURAÇÃO. METODOLOGIA DEFASADA. CONSTATAÇÃO DE INSUSTENTABILIDADE ATUARIAL, CONFORME APONTADO EM NOTA TÉCNICA DA ANS. MUDANÇA PARA PRECIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE.

1. O plano de saúde coletivo se baseia no conceito de mutualismo, que vem da área de seguros: um grupo de pessoas se junta, cotiza-se e gera uma receita através do pagamento individual da mensalidade; e o valor total arrecadado é usado para pagar as despesas decorrentes do atendimento à saúde de seus integrantes. Como são várias pessoas, os custos se diluem, o preço do plano se reduz e elas podem ter acesso a serviços que teriam dificuldade de custear individualmente.

2. O novo modelo contributivo para o plano de saúde de autogestão administrado pela Geap decorreu de desequilíbrio atuarial, em vista da utilização de metodologia defasada para o custeio, pois havia tão somente a cobrança de preço único. Verificou-se que os planos mostravam-se atrativos apenas para a população mais idosa, ao mesmo tempo que se verificava a aceleração das despesas pelo aumento da idade média dos beneficiários - o que veio a ocasionar grave crise financeira. Precedentes da Terceira Turma.

3. Em se tratando de contrato comutativo de execução continuada, em linha de princípio, não se pode descartar - diante de circunstância que desborde das premissas e projeções atuariais feitas por ocasião da elaboração do plano de saúde coletivo - a possibilidade, amparada em estudos atuariais (e para evitar sua ruína), em estrita consonância com a legislação de regência, provimentos infralegais dos órgão público regulador e fiscalizador, de ser promovida modificação contratual no regime de custeio.

4. Recurso especial provido.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, os Ministros da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça acordam, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial,



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira (Presidente) e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 11 de junho de 2019(Data do Julgamento)

MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2018/0327248-9

PROCESSO ELETRÔNICO **Resp 1.785.504 / RS**

Números Origem: 00982962320188217000 01001105720148210001 01945895520188217000
03570561520178217000 1001105720148210001 1945895520188217000
3570561520178217000 70075929414 70077330843 70078293776
982962320188217000

PAUTA: 30/05/2019

JULGADO: 30/05/2019

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. DENISE VINCI TULIO

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE	: GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS	: LEANDRO DAROIT FEIL - SP318345 NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - RS0080025
RECORRIDO	: ANA JOSE MARIA COSTA
ADVOGADOS	: MARILINDA DA CONCEIÇÃO MARQUES FERNANDES - RS016762 LEONARDO SERRAT DE OLIVEIRA RAMOS - RS086423

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado para a próxima sessão por indicação do Sr. Ministro Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2018/0327248-9

PROCESSO ELETRÔNICO Resp 1.785.504 / RS

Números Origem: 00982962320188217000 01001105720148210001 01945895520188217000
03570561520178217000 1001105720148210001 1945895520188217000
3570561520178217000 70075929414 70077330843 70078293776
982962320188217000

PAUTA: 30/05/2019

JULGADO: 04/06/2019

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. SOLANGE MENDES DE SOUZA

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS : LEANDRO DAROIT FEIL - SP318345
NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - RS0080025
RECORRIDO : ANA JOSE MARIA COSTA
ADVOGADOS : MARILINDA DA CONCEIÇÃO MARQUES FERNANDES - RS016762
LEONARDO SERRAT DE OLIVEIRA RAMOS - RS086423

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

Adiado para a sessão de 11/6/2019, às 10 horas, por indicação do Sr. Ministro Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.785.504 - RS (2018/0327248-9)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS : LEANDRO DAROIT FEIL - SP318345
NELSON WILIAN FRATONI RODRIGUES - RS0080025
RECORRIDO : ANA JOSE MARIA COSTA
ADVOGADOS : MARILINDA DA CONCEIÇÃO MARQUES FERNANDES - RS016762
LEONARDO SERRAT DE OLIVEIRA RAMOS - RS086423

RELATÓRIO

O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO (Relator):

1. Ana José Maria Costa ajuizou ação em face de Geap Autogestão em Saúde, esclarecendo ser aposentada do Ministério da Saúde e que, desde a posse em seu cargo, vem pontualmente pagando, mediante desconto em folha, as mensalidades do plano de saúde.

Expõe que, em fevereiro de 2014, houve inexplicável aumento da mensalidade do plano, reajustado com base em "enunciados vagos sobre estudos atuariais e crise financeira", de R\$ 166,00 para R\$ 374,92.

Pondera que, ainda que a Geap seja formalmente uma instituição sem fins lucrativos e direcionada a um grupo específico de segurados, a relação é de consumo e que o reajuste é oriundo de decisão unilateral do interventor em exercício.

Obtempera que na "realidade o órgão de decisão coletiva e representativa dos servidores (CONDEL) foi dissolvido pela intervenção" e que o reajuste é superior aos índices inflacionários, feito à revelia da ANS, conforme a tabela da Agência.

Sustenta que, mesmo havendo legalidade nos aumentos nos contratos anteriores à vigência da Lei n. 9.656/1998, eles estão vinculados à autorização prévia da ANS, conforme o art. 35-E desse diploma legal.

Afirma que o Estatuto do Idoso é norma de ordem pública e de aplicação imediata, sendo imprescindível que os reajustes atendam aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

O Juízo da 7ª Vara Cível do Foro Central da Comarca de Porto Alegre julgou procedente o pedido formulado na inicial para declarar a ilegalidade do reajuste, mantendo a prestação mensal no valor anterior.

Interpôs a operadora do plano de saúde apelação para o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, que deu parcial provimento ao recurso.

A decisão tem a seguinte ementa:



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AÇÃO REVISIONAL. PLANO DE SAÚDE. GEAP. OPERADORA DE AUTOGESTÃO MULTIPATROCINADA. INAPLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. REAJUSTE DAS MENSALIDADES. CUSTEIO 2013. RESOLUÇÃO/INTERVENTOR Nº 02/2013. ABUSIVIDADE. VARIAÇÃO UNILATERAL DA MENSALIDADE. NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO DA BOA-FÉ CONTRATUAL.

I. Inicialmente, cumpre ressaltar que os contratos de planos de saúde, na modalidade de autogestão, não se submetem aos efeitos do Código de Defesa do Consumidor. Precedentes do STJ.

II. Entretanto, no caso concreto, mostra-se abusivo o reajuste nas mensalidades, efetuados com base na Resolução/Interventor nº 02/2013 da GEAP, devendo prevalecer os princípios da função social do contrato e da boa-fé contratual. Além disso, nos contratos de adesão, deve ser adotada uma interpretação mais favorável ao aderente quando verificadas cláusulas ambíguas ou contraditórias. Inteligência dos arts. 421, 422 e 423, do Código Civil.

III. Outrossim, não se desconhece a alegada precariedade da situação da parte ré. Entretanto, não podem os beneficiários do plano de saúde ser responsabilizados por má-gestão e erros de cálculos atuariais da requerida.

IV. Igualmente, descabida a pretensão da correção monetária pelo INPC, pois a incidência do IGP-M melhor reflete a reposição da moeda. V. Reconhecida a nulidade da previsão de reajuste unilateral do valor da mensalidade da parte autora, inserta na Resolução/Interventor nº 02/2013, cabível a restituição simples dos valores pagos a maior.

APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA.

Opostos embargos de declaração, foram rejeitados.

Sobreveio recurso especial da ré, com fundamento no art. 105, inciso III, alínea a, da Constituição Federal, sustentando violação aos arts. 10º, 15, 35-F e 35-G da Lei n. 9.656/1998; e 421 e 422 do CC.

Alega a recorrente que a recorrida ajuizou ação questionando a reestruturação dos planos de saúde da GEAP, realizada em 2012, instituindo um novo modelo contributivo para o seu custeio.

Acena que a sentença que julgou improcedente o pedido formulado na inicial foi reformada pelo acórdão recorrido, o qual perfilhou entendimento diverso do sufragado pela Terceira Turma, no julgamento do REsp n. 1.568.244/RJ, em que foi constatado que não houve mero reajuste por mudança de faixa etária, mas verdadeira alteração da forma de custeio dos planos de saúde ofertados.

Pondera que, no caso dos autos, todas as condições necessárias à implementação da mudança do custeio foram satisfeitas, pois é incontroversa a previsão contratual de aumento e a observância à normatização editada pela ANS - que sugeriu a mudança do custeio -, além do profundo embasamento atuarial, conforme demonstrado



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

pelas perícias colacionadas aos autos.

Obtempera que não se aplica o CDC aos planos de saúde que operam na modalidade de autogestão - administrados por fundação sem fins lucrativos e que não ofertados a qualquer pessoa, mas apenas a um universo fechado de servidores públicos.

Aduz que as previsões contratuais das idades e alterações de faixas etárias estão de acordo com o art. 16 da Lei n. 9.656/1998 e que o aumento não se deve única e exclusivamente à faixa etária, mas caracteriza nova forma de custeio, que deixou de ser pelo denominado preço único, como forma de corrigir disparidade muito grande, que ocasionava evasão dos beneficiários mais jovens e que os mais jovens, evitando que estes, mesmo recebendo menor remuneração, pagassem "o mesmo valor de quem estava entre as mais altas taxas de remuneração".

Afirma que se encontrava em situação de insolvência, o que levou seu Conselho Deliberativo - órgão máximo de decisão - a ser dissolvido para assunção da gestão pela Previc, bem como alega que a própria ANS, em Nota n. 1.788/209/GGEFP/DIPRO/ANS, baseada em estudo atuarial, apontou a impossibilidade da continuidade da anterior forma de custeio.

Assevera que o art. 10, § 3º, da Lei n. 9.656/1998 estabelece tratamento diferenciado aos planos de autogestão, afastando a necessidade de prévia autorização da ANS para os reajustes das respectivas contribuições, e que o art. 15 do mesmo Diploma legal prevê a variação das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do consumidor.

Sustenta que a lei veda que a idade do consumidor constitua o único parâmetro de reajuste e que, previstas no contrato inicial as faixas etárias em que ocorrerão e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, são legítimas as mudanças, conforme normas expedidas pela ANS.

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.785.504 - RS (2018/0327248-9)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
RECORRENTE : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS : LEANDRO DAROIT FEIL - SP318345
NELSON WILIAN FRATONI RODRIGUES - RS0080025
RECORRIDO : ANA JOSE MARIA COSTA
ADVOGADOS : MARILINDA DA CONCEIÇÃO MARQUES FERNANDES - RS016762
LEONARDO SERRAT DE OLIVEIRA RAMOS - RS086423

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO ADMINISTRADO POR ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. REGIME DE CUSTEIO. DIREITO ADQUIRIDO. INEXISTÊNCIA. PREÇO ÚNICO. REESTRUTURAÇÃO. METODOLOGIA DEFASADA. CONSTATAÇÃO DE INSUSTENTABILIDADE ATUARIAL, CONFORME APONTADO EM NOTA TÉCNICA DA ANS. MUDANÇA PARA PRECIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA. POSSIBILIDADE.

1. O plano de saúde coletivo se baseia no conceito de mutualismo, que vem da área de seguros: um grupo de pessoas se junta, cotiza-se e gera uma receita através do pagamento individual da mensalidade; e o valor total arrecadado é usado para pagar as despesas decorrentes do atendimento à saúde de seus integrantes. Como são várias pessoas, os custos se diluem, o preço do plano se reduz e elas podem ter acesso a serviços que teriam dificuldade de custear individualmente.

2. O novo modelo contributivo para o plano de saúde de autogestão administrado pela Geap decorreu de desequilíbrio atuarial, em vista da utilização de metodologia defasada para o custeio, pois havia tão somente a cobrança de preço único. Verificou-se que os planos mostravam-se atrativos apenas para a população mais idosa, ao mesmo tempo que se verificava a aceleração das despesas pelo aumento da idade média dos beneficiários - o que veio a ocasionar grave crise financeira. Precedentes da Terceira Turma.

3. Em se tratando de contrato comutativo de execução continuada, em linha de princípio, não se pode descartar - diante de circunstância que desborde das premissas e projeções atuariais feitas por ocasião da elaboração do plano de saúde coletivo - a possibilidade, amparada em estudos atuariais (e para evitar sua ruína), em estrita consonância com a legislação de regência, provimentos infralegais dos órgão público regulador e fiscalizador, de ser promovida modificação contratual no regime de custeio.

4. Recurso especial provido.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

VOTO

O SENHOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO (Relator):

2. A questão controvertida consiste em saber se a reestruturação do regime de custeio do plano de saúde operado pela recorrente, passando a estabelecer preços diferenciados conforme a faixa etária dos beneficiários, mostra-se abusiva em vista de ter implicado (malgrado a existência de justificativa atuarial relevante) significativo reajuste para os idosos.

A sentença, reformada pelo acórdão recorrido, anotou:

Há que se observar que a demandada não é uma administradora de plano de saúde como as demais, mas sim uma entidade fechada, de previdência complementar, multipatrocinada e sem fins lucrativos, fato que torna possível que a contribuição do servidor esteja em um patamar bem inferior aos demais planos de saúde disponíveis no mercado, razão pela qual colaciono os termos do Ofício 091/2009 da ANS:

"A GEAP é considerada uma operadora de planos de saúde e está classificada, conforme as normas da ANS, na modalidade Autogestão Multipatrocinada.

Com relação a gestão da GEAP, seu Estatuto dispõe que o Conselho Deliberativo-CONDEL é órgão máximo da estrutura organizacional da Fundação, e responsável pela definição da política geral de administração da entidade e seus planos de benefícios;

A composição do Conselho Deliberativo é paritária e inclui representantes dos Participantes e dos Assistidos, bem como dos Patrocinadores;

(...)

Portanto, eventual alteração na forma de custeio do plano (como a que constitui a pauta de Audiência Pública em comento) apenas necessita prévia aprovação da instância decisória(ou seja, do CONDEL) E, posteriormente, deve ser efetivada por meio de aditivo ao contrato ou regulamento;"

Nesse sentido, já se manifestou o Ministro Massami Uyeda, por ocasião da relatoria do Recurso Especial nº 1.121.067:

[...]

O mesmo ocorre em relação a resolução aqui questionada, fruto de decisão do interventor Aubiérgio Barros de Souza Filho, que está amparada em um complexo estudo atuarial, podendo ser empregado idêntico raciocínio ao dos precedentes colacionados mediante emprego de analogia.

Anoto, ainda, que a autora não demonstrou qualquer abusividade no ato do interventor, que vem dando continuidade às decisões do Conselho Deliberativo, na busca pelo equilíbrio econômico da Fundação ré e, de



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

consequência, de sua saúde financeira, medida que a todos interessa, inclusive à parte autora. Ademais, eventual irregularidade de medidas tomadas pelo interventor nomeado não podem ser objeto de ações contra a GEAP.

O acórdão recorrido, por seu turno, dispôs:

Trata-se de ação ordinária na qual a autora pretende ver declarada a abusividade do reajuste do plano de saúde gerido pela ré, majoração esta que ocorreu com base na Resolução/Interventor nº 02/2013, emitida em 04.10.2013.

A contratação é incontroversa nos autos. A contribuição mensal da parte autora, bem como o aumento ora questionado, igualmente estão demonstrados nos autos.

Isto porque, os documentos de fls. 26/30 comprovam que a autora pagava a mensalidade de R\$ 166,00 em janeiro de 2014 e, em decorrência do reajuste, passou a vigorar a mensalidade de R\$ 374,92 em fevereiro de 2014, implicando em majoração bem superior as aplicadas pela maioria dos planos de saúde individuais ou coletivos.

De outro lado, na contestação, a requerida admite a necessidade de majoração das contribuições dos beneficiários, para o custeio de 2013, para fins de garantir o equilíbrio econômico e financeiro dos planos.

Pois bem. Em primeiro lugar, cumpre ressaltar que os contratos de planos de saúde, na modalidade de autogestão, não se submetem aos efeitos do Código de Defesa do Consumidor, conforme restou decidido pelo egrégio Superior Tribunal de Justiça, conforme os seguintes julgados:

[...]

Entretanto, ainda que inaplicáveis as disposições do Código de Defesa do Consumidor ao presente caso, devem ser observados os princípios da função social do contrato e da boa-fé contratual, previstos nos arts. 421 e 422, do Código Civil, *in verbis*:

[...]

Ademais, nos termos do art. 423, do Código Civil, nos contratos de adesão, deve ser adotada a interpretação mais favorável ao aderente, quando verificadas cláusulas ambíguas ou contraditórias.

Nessa linha, não há dúvidas de que o aumento excessivo no valor das mensalidades configura hipótese de variação unilateral de preço, o que inviabiliza a continuidade da relação contratual, privando o contratante do plano do uso dos serviços médicos, justamente no período da vida em que se tornam mais necessários, situação que contraria as normas acima dispostas.

Aliás, vale dizer que não se trata de reajuste exclusivamente efetuado com base na faixa etária, razão pela qual torna-se inaplicável o Resp nº 1.568.244/RJ. Inclusive, não houve indicação específica pela requerida sobre os critérios utilizados para a realização de reajuste em patamar expressivo.

Outrossim, não se desconhece a alegada precariedade da situação da requerida.

No entanto, não podem os beneficiários do plano de saúde ser responsabilizados por erros de cálculos atuariais da ré.

Então, se os prejuízos acumulados foram ocasionados por má-gestão da demandada, não pode, sob essa justificativa, implementar tal aumento



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

abusivo nas mensalidades do plano de saúde da parte autora. Nestas circunstâncias, impõe-se a declaração de nulidade da previsão de reajuste unilateral do valor da mensalidade da parte autora, inserta na Resolução/Interventor nº 02/2013.

3. No Brasil, nos termos da Lei n. 9.656/1998, a assistência médica e hospitalar privada é prestada, principalmente, por meio de seguros e planos de assistência à saúde, estes constituídos sob quatro modalidades: medicina de grupo, cooperativas médicas, planos próprios de empresas ou autogestões.

A medicina de grupo é constituída por empresas que administram planos de saúde para pessoas jurídicas, famílias e indivíduos pelo sistema de pré-pagamento ou pós-pagamento. Uma vez regulamentada pela Portaria n. 3.232, de 1986, do Ministério do Trabalho, definiu-se ser a medicina de grupo pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins lucrativos, que presta assistência médico-hospitalar com recursos próprios ou de rede credenciada, mediante o pagamento de contraprestação pecuniária.

Por sua vez, nas cooperativas os médicos prestadores do serviço são seus sócios e recebem pagamento de acordo com a produção individual, além de terem participação nos lucros das unidades.

Por outro turno, os planos de saúde constituídos sob a modalidade de autogestão, regulados pela Lei n. 9.656/1998, são próprios das empresas, dos sindicatos, das associações ligadas a trabalhadores ou, como no presente caso, a fundação de direito privado (entidade de previdência privada), que administram por si mesmas os programas de assistência médica, sendo consideradas não comerciais.

Saliente-se, no entanto, que, embora a classificação apresentada acima seja a comumente utilizada, por sua simplicidade e didática, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS propôs uma nova divisão: administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo e filantropia, além das seguradoras (Brasil. ANS, Resolução RDC N. 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde).

Nessa trilha de entendimento, a Lei n. 9.656/1998 não conceitua, propriamente, a autogestão, mas informa em seu art. 1º, § 2º, que as entidades constituídas sob essa modalidade estão abrangidas pela legislação.

Ligia Bahia, colaboradora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e do Laboratório de Economia Política da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, preleciona que o conceito de gestão do risco pode ser visto de duas maneiras: uma



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

mutualista, em que há retenção do risco pela empresa empregadora, outra securitária, que implica a contratação de empresas especializadas para a gestão desse risco. (BAHIA, L. *O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação*. In: *Brasil: radiografia da saúde* (Negri, B. & Di Giovanni, G., org.). 2001. p. 325-361, Campinas: IE/UNICAMP).

Explica a professora que, na gestão mutualista, no que diz respeito à natureza jurídico-institucional, existiriam três tipologias possíveis: a) a criação de entidades jurídicas paralelas – caixas de assistência, fundações, associações, sindicatos e entidades de previdência fechada; b) gestão da assistência médico-hospitalar por meio do departamento de benefícios da própria empresa empregadora; e aquela em que a gestão é transferida a uma administradora, pagando-se o custo operacional.

Ainda nos termos do que ensina Bahia, o conceito de autogestão leva em consideração elementos como o financiamento, a organização jurídico-institucional e o risco pela variação dos custos da assistência médico-hospitalar. As autogestões "deverão possuir gestão própria através de órgãos internos das empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, estabelecida precipuamente para este fim ou ainda através de fundações, sindicatos, caixas ou fundos de previdência fechada" (Brasil. ANS. Resolução CONSU N. 5, publicada no D.O.U. n. 211, de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre a caracterização de autogestão mediante a Lei n. 9.656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil).

Relativamente à forma de constituição das autogestões de plano de assistência médico-hospitalar, aquela pode se dar pela empresa empregadora e pelos funcionários, somente pela empregadora, ou apenas por representantes dos funcionários.

Nas caixas e fundações, é costume, como no presente caso, haver instância delegada com representantes de ambos.

Nesse diapasão, no caso concreto dos autos, conforme dispõe o art. 35 da Lei Complementar n. 109/2001, há gestão compartilhada da entidade de previdência privada entre representantes dos participantes e assistidos e dos patrocinadores no conselho deliberativo (órgão máximo da estrutura organizacional, ao qual incumbe, entre outras atribuições relevantes, a definição da política geral de administração da entidade e de seus planos de benefícios, a gestão de investimentos e o plano de aplicação de recursos, alteração de estatuto e regulamentos dos planos de benefícios, a nomeação e a exoneração dos membros da diretoria executiva, a contratação de auditor independente atuário (avaliador de gestão) e fiscal (órgão de controle interno).

Seguindo o estudo dessa forma particular de operar planos de saúde, é importante mencionar característica indispensável dessas pessoas jurídicas, qual seja a



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

inexistência de fim lucrativo. Justamente por isso, as autogestões foram pioneiras no desenvolvimento de mecanismos de administração eficientes, com foco na contenção dos custos da assistência de seus beneficiários.

Em razão da inexistência do fim lucrativo e da necessidade de tornar eficiente a utilização do fundo arrecadado, o mecanismo de regulação implementado com maior frequência nas autogestões é a coparticipação para o pequeno risco e a autorização administrativa, tanto para procedimentos de alto custo como para internações eletivas.

4. No caso dos autos, é incontroversa "a precariedade da situação" econômico-financeira do plano de saúde.

Assim, não se pode - invocando o princípio da função social do contrato, insculpido no art. 421 do CC (dispositivo tido por violado), descuidar que o modelo se baseia no conceito de mutualismo, que vem da área de seguros: um grupo de pessoas se junta, cotiza-se e gera uma receita através do pagamento individual da mensalidade; o valor total arrecadado é usado para pagar as despesas decorrentes do atendimento à saúde de integrantes desse grupo. Como são várias pessoas, os custos se diluem, o preço do plano se reduz e elas podem ter acesso a serviços que teriam dificuldade de custear individualmente (CESCHIN, Maurício. *A saúde dos planos de saúde*. São Paulo: Schwarcz, 2014, p. 122)

Não se trata de relação contratual em que a entidade fechada de previdência privada opera com patrimônio próprio. Havendo mutualismo, a legislação de regência impõe e fomenta um sentido de autorresponsabilidade à coletividade dos participantes e assistidos dos planos de benefícios ao, efetivamente, propiciar ampla participação, não só no tocante à gestão, mas também no que diz respeito ao controle dos atos de gestão envolvendo o plano de benefícios.

Em tese de doutorado, Rodrigo Toscano de Brito propugna que a idéia de equivalência, de equilíbrio, é a base ética das obrigações, bem rememorando o multicitado escólio de Miguel Reale que propugna que o princípio do equilíbrio econômico dos contratos revela-se como base ética de todo o direito obrigacional:

Sabendo que as obrigações se realizam primordialmente por meio dos contratos, **fácil é notar que a idéia de equivalência, de equilíbrio, é a base ética das obrigações, como aliás deve-se frisar, a partir das lições de Miguel Reale.**

[...]

Aliás, Miguel Reale, em seu tradicional trabalho sobre a visão geral do Código Civil, é incisivo sobre o assunto, ao dizer: "O Código é um sistema, um conjunto harmônico de preceitos que exige a todo instante recurso à analogia e a princípios gerais, devendo ser valoradas todas as consequências da cláusula *rebus sic stantibus*. Nesse sentido, é posto o princípio do equilíbrio econômico dos



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

contatos como base ética de todo o direito obrigacional".

[...] pode o magistrado, em dada discussão contratual, perquirir sobre o que é justo e procurar o equilíbrio da contratação que esteja, eventualmente, arrebatada por um desequilíbrio, beneficiando uma das partes e prejudicando a outra.

[...]

É de igual forma importante dizer que os princípios sociais da equivalência material, da função social e da boa-fé objetiva não podem ser vistos de modo estanque, como se cada um partisse para o fronte em campanha solitária.

[...]

Diz-se isso também para reverberar que o conceito de equivalência material conta, necessariamente, com a noção da boa-fé objetiva. De fato, os limites da relação interna entre os contratantes são encontrados a partir do dever de lealdade e de confiança, de forma que não há dúvida sobre o conteúdo necessário da boa-fé objetiva para o alcance da equivalência material.

[...]

Ou seja, a necessidade de manutenção de um equilíbrio, durante todas as fases contratuais, deve ser considerada objetivamente, de forma que, havendo um deslocamento considerável ou distanciamento entre a prestação e a contraprestação, estas devem ser reaproximadas por critérios objetivos.

[...]

No Brasil, sem embargo, quem melhor visualiza o princípio da equivalência material, dando sua dimensão mais realista e, principalmente, situando-o em relação aos demais princípios sociais, é Paulo Luiz Netto Lôbo. Com efeito, segundo ele, "o princípio da equivalência material busca realizar e preservar o equilíbrio real de direitos e deveres no contrato, antes, durante e após sua execução, para harmonização de interesses". (BRITO, Rodrigo Toscano de. *Equivalência material dos contratos*. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 6-16)

Em denso e exauriente precedente da Terceira Turma, REsp n. 1.673.366/RS, Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, apreciando a mesma questão, aquele Colegiado perfilhou entendimento, na mesma linha do sustentado no recurso especial, de que a GEAP fazia uso de metodologia defasada para o custeio dos planos de saúde colocados à disposição dos beneficiários, pois havia tão somente a cobrança de preço único para todos os usuários, ocasionando ao longo do tempo grave crise financeira em vista de ser modelo que tornava os planos atrativos apenas para a população mais idosa, despertando menos interesse na população mais jovem, ao mesmo tempo que provocou a aceleração das despesas pelo aumento da idade média dos beneficiários.

O *leading case* tem a seguinte ementa:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. GEAP. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. REGIME DE CUSTEIO. REESTRUTURAÇÃO. PREÇO ÚNICO. SUBSTITUIÇÃO. PRECIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA. MAJORAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO. POSSIBILIDADE. ESTUDOS TÉCNICO-ATUARIAIS. SAÚDE FINANCEIRA DA OPERADORA. RESTABELECIMENTO. RESOLUÇÃO GEAP/CONDEL Nº 616/2012. LEGALIDADE. APROVAÇÃO PELOS ÓRGÃOS COMPETENTES. GESTÃO



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

COMPARTILHADA. POLÍTICA ASSISTENCIAL E CUSTEIO DO PLANO. TOMADA DE DECISÃO. PARTICIPAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS. MODELO DE CONTRIBUIÇÕES. DIREITO ADQUIRIDO. INEXISTÊNCIA. EXCEÇÃO DA RUÍNA.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a reestruturação no regime de custeio do plano de saúde administrado pela GEAP, entidade de autogestão, por meio da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012, que implicou a majoração das mensalidades dos usuários, foi ilegal e abusiva.

2. As entidades de autogestão não visam o lucro e constituem sistemas fechados, já que os planos que administram não estão disponíveis no mercado consumidor em geral, mas, ao contrário, a apenas um grupo restrito de beneficiários.

3. A Segunda Seção desta Corte Superior consagrou o entendimento de não se aplicar o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, haja vista a inexistência de relação de consumo.

4. Nos planos coletivos, a ANS restringe-se a monitorar o mercado, de modo que os parâmetros para a majoração das contribuições são decorrentes da livre negociação entre a operadora e a pessoa jurídica estipulante, possuidora de maior poder de negociação.

5. Na hipótese, a GEAP fazia uso de metodologia defasada para o custeio dos planos de saúde colocados à disposição dos beneficiários, qual seja, havia tão somente a cobrança de preço único para todos os usuários. Isso causou, ao longo do tempo, grave crise financeira na entidade, visto que tal modelo tornava os planos de assistência à saúde atrativos para a população mais idosa e menos atrativos para a população jovem, o que acarretou o envelhecimento da base de beneficiários e a aceleração do crescimento das despesas assistenciais.

6. Após intervenção da PREVIC na instituição e parecer da ANS no sentido da impossibilidade da continuidade da anterior forma de custeio, amparada em estudos atuariais, e para evitar a sua ruína, a GEAP, através do seu Conselho Deliberativo paritário (CONDEL), aprovou diversas resoluções para atualizar o custeio dos respectivos planos de saúde, culminado com a aprovação da Resolução nº 616/2012, adotando nova metodologia, fundamentada no cruzamento de faixas etárias e de remuneração, a qual foi expressamente aprovada pela autarquia reguladora.

7. Não ocorreu reajuste discriminatório e abusivo da mensalidade pelo simples fato de a usuária ser idosa, mas a majoração do preço ocorreu para todos os usuários, em virtude da reestruturação do plano de saúde que passou a adotar novo modelo de custeio.

Necessidade de substituição do "preço único" pela precificação por faixa etária, com amparo em estudos técnicos, a fim de restabelecer a saúde financeira dos planos de saúde geridos pela entidade, evitando-se a descontinuidade dos serviços da saúde suplementar.

Descaracterização de alteração unilateral de preços pela operadora, cuja gestão é compartilhada (composição paritária entre os conselheiros escolhidos pelos patrocinadores e os eleitos pelos beneficiários). Participação dos próprios usuários nas questões atinentes à política assistencial e à forma de custeio do plano.

8. Não se constata nenhuma irregularidade no procedimento de redesenho do sistema de custeio do plano de saúde administrado pela GEAP, devendo ser reconhecida a legalidade da Resolução nº 616/2012.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Tampouco foi demonstrada qualquer abusividade no reajuste das mensalidades efetuados conforme a faixa etária do usuário.

9. Este Tribunal Superior já decidiu que, respeitadas, no mínimo, as mesmas condições de cobertura assistencial (manutenção da qualidade e do conteúdo médico-assistencial da avença), não há direito adquirido a modelo de plano de saúde ou regime de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao usuário ou a discriminação ao idoso.

10. Consoante ficou definido pela Segunda Seção no REsp nº 1.568.244/RJ, representativo de controvérsia, é válida a cláusula de reajuste de mensalidade de plano de saúde amparada na mudança de faixa etária do beneficiário, encontrando fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, sendo regra atuarial e asseguradora de riscos, o que concorre para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do próprio plano.

Abusividade não demonstrada dos percentuais de majoração, que encontram justificação técnico-atuarial, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, garantindo a sobrevivência do fundo mútuo e da operadora.

11. Recurso especial provido.

(REsp 1673366/RS, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 08/08/2017, DJe 21/08/2017)

Nesse precedente, Sua Excelência dispôs:

Ademais, quanto aos reajustes dos planos de saúde, a ANS, nos planos coletivos, restringe-se a monitorar o mercado, de modo que os parâmetros para a majoração são decorrentes da livre negociação entre a operadora e a pessoa jurídica estipulante, possuidora de maior poder de negociação.

Feitas essas considerações, resta apreciar a legalidade da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012.

Antigamente, a GEAP fazia uso de metodologia defasada para o custeio dos planos de saúde colocados à disposição dos beneficiários, qual seja, havia tão somente a cobrança de preço único para todos os usuários. Isso causou, ao longo do tempo, grave crise financeira na entidade, visto que tal modelo tornava os planos de assistência à saúde atrativos para a população mais idosa e menos atrativos para a população jovem, o que acarretou o envelhecimento da base de beneficiários e a aceleração do crescimento das despesas assistenciais.

Como consta no voto vencido, "(...) *tal metodologia rompeu com o equilíbrio financeiro da entidade, a qual vinha acumulando déficits sucessivos, uma vez que a maior parte dos beneficiários se tratava de pessoas com idade avançada. Consequentemente, a fundação passou a ter dificuldades de obtenção de recursos para pagar fornecedores e garantir a assistência médica aos beneficiários*" (fl. 667).

Assim, após intervenção da PREVIC na instituição (de março de 2013 a outubro de 2013) **e parecer da ANS no sentido da impossibilidade da continuidade da anterior forma de custeio, amparada em estudos atuariais (Nota nº 1.788/209/GGEFP/DIPRO/ANS), e para evitar a sua ruína**, a GEAP, por meio do seu Conselho Deliberativo paritário (CONDEL), aprovou diversas resoluções para atualizar o custeio dos respectivos planos



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

de saúde, culminado com a aprovação da Resolução nº 616/2012, adotando nova metodologia, fundamentada no cruzamento de faixas etárias e de remuneração, a qual foi expressamente aprovada pela autarquia reguladora.

[...]

Logo, conclui-se que a substituição do "preço único" pela precificação por faixa etária foi medida necessária, amparada em estudos técnicos, para restabelecer a saúde financeira dos planos de saúde geridos pela entidade, evitando-se a descontinuidade dos serviços da saúde suplementar.

Em outras palavras, não ocorreu reajuste discriminatório e abusivo da mensalidade pelo simples fato de a autora ser idosa, mas a majoração do preço ocorreu para todos os usuários, em virtude da reestruturação do plano de saúde que passou a adotar novo modelo de custeio.

Assim, o incremento no valor da contribuição adveio da nova fórmula de cálculo, imposta a cada usuário, após a devida aprovação pelos órgãos governamentais reguladores e pelo Conselho Deliberativo da entidade, cuja gestão é compartilhada, sendo de afastar qualquer alegação de alteração unilateral de preços pela entidade de autogestão.

Nesse passo, cumpre frisar que os próprios beneficiários também participam das questões atinentes à política assistencial e à forma de contribuição para o custeio do plano, possuindo interesse na recomposição do fundo, estruturado de modo solidário, e no restabelecimento de seu equilíbrio econômico-financeiro.

[...]

Desse modo, não se constata nenhuma irregularidade no procedimento de redesenho do sistema de custeio do plano de saúde administrado pela recorrente, devendo ser reconhecida a legalidade da Resolução GEAP/CONDEL nº 616/2012. Tampouco foi demonstrada qualquer abusividade no reajuste das mensalidades efetuados conforme a faixa etária do usuário.

[...]

Este Tribunal Superior já decidiu que, respeitadas, no mínimo, as mesmas condições de cobertura assistencial (manutenção da qualidade e do conteúdo médico-assistencial da avença), não há direito adquirido a modelo de plano de saúde ou regime de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao usuário ou a discriminação ao idoso (vide REsp nº 1.558.456/SP, Rel. Ministro Marco Buzzi, DJe 22/9/2016, e REsp nº 1.479.420/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 11/9/2015).

Além disso, consoante ficou definido pela Segunda Seção no REsp nº 1.568.244/RJ (Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 19/12/2016), representativo de controvérsia, é válida a cláusula de reajuste de mensalidade de plano de saúde amparada na mudança de faixa etária do beneficiário, encontrando fundamento no mutualismo (regime de repartição simples) e na solidariedade intergeracional, sendo regra atuarial e asseguradora de riscos, o que concorre para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do próprio plano.

Por outro lado, os percentuais de majoração podem ser revistos acaso abusivos. Serão, todavia, adequados e razoáveis sempre que houver justificação técnico-atuarial, a permitir a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, garantindo a sobrevivência do fundo mútuo e da



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

operadora.

Na hipótese, não foi comprovada a aplicação de percentuais desarrazoados ou aleatórios, isto é, sem base atuarial idônea, que onerasse excessivamente a autora, tampouco foi demonstrada qualquer discriminação ao idoso, a exemplo da implementação de política de preços desmedidos ou a tentativa de formação, pela operadora, de "cláusula de barreira" com o intuito de afastar a usuária de idade avançada da relação contratual ou do plano de saúde por impossibilidade financeira.

Nessa toada, em se tratando de contrato comutativo de execução continuada, em linha de princípio, não se pode descartar - diante de circunstância que desborde das premissas e projeções atuariais feitas por ocasião da elaboração do plano - a possibilidade, em estrita consonância com a legislação de regência, provimentos infralegais do órgão público regulador e fiscalizador [no caso, como visto no precedente da Terceira Turma supracitado, parecer da própria ANS amparado em estudo atuarial, sugerindo a alteração efetuada], de ser promovida modificação contratual.

Como visto, é nítido que não houve confirmação da premissa atuarial utilizada por ocasião da elaboração do regime de custeio, em vista de que o modelo adotado de precificação única mostrou-se atrativo para a população mais idosa, tornando-se menos interessante à população mais jovem, ocasionando também a aceleração das despesas em vista de o grupo ter atingido idade média acima do projetado.

De fato, a Segunda Seção, no julgamento do recurso repetitivo, apreciando a questão de cobrança por faixa etária (REsp n. 1.568.244/RJ, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA), pontuou, *in verbis*:

Por outro lado, como cediço, os gastos de tratamento 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.

Assim, diante do mutualismo e para trazer maior equilíbrio financeiro ao plano, foram estabelecidos preços fracionados em faixas etárias para que tanto os jovens quanto os idosos pagassem um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços médico-hospitalares.

Além disso, 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 mais jovens suportassem parte dos custos gerados pelos de idade mais avançada, originando, assim, subsídios cruzados (mecanismo do *community rating* modificado).

Dessa forma, em virtude desse subsídio, não se inviabiliza o ingresso ou a permanência de pessoas idosas no plano privado de assistência à saúde, evitando, assim, qualquer onerosidade excessiva ou discriminação etária.

Em contrapartida, cumpre frisar que as mensalidades dos mais jovens, apesar de proporcionalmente mais caras, não podem ser



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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).

5. Dessarte, na mesma linha do entendimento da Terceira Turma e do parecer da ANS no sentido da impossibilidade da continuidade da anterior forma de custeio, amparado em estudos (e para evitar sua ruína), entendo que não houve modificação no modelo de custeio desarrazoada/desnecessária para reestruturação do plano de saúde, que, como admite a Corte local, suportava desequilíbrio atuarial.

Ainda assim, embora a mudança tenha, de fato, resultado em um aumento expressivo, como é nítido e ponderado pelo Juízo de primeira instância, a prestação foi reajustada para "um patamar bem inferior aos demais planos de saúde disponíveis no mercado".

Nesse mesmo sentido, mencionam-se outros precedentes no âmbito da Terceira Turma:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. GEAP. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. CONTRADIÇÃO E OMISSÃO. INEXISTENTES. INCOMPETÊNCIA ABSOLUTA. AFASTADA. INTERESSE DA UNIÃO. INOCORRÊNCIA. APLICAÇÃO DO CDC. SÚMULA 608/STJ. REAJUSTE DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. EQUILÍBRIO TÉCNICO-ATUARIAL. CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO. ESTATUTO DA ENTIDADE. ABUSIVIDADE. NÃO CONFIGURADA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS.

1. Ação civil pública ajuizada em 20/01/16. Recurso especial interposto em 1º/12/17 e concluso ao gabinete em 25/07/18.

2. O propósito recursal consiste em definir: i) a existência dos vícios de contradição e omissão no acórdão recorrido; ii) sobre a incompetência absoluta superveniente da Justiça Estadual para julgamento da lide; iii) se deve ser aplicado o CDC às relações jurídicas envolvendo operadoras de plano de saúde de autogestão; iv) se são abusivos os reajustes do plano de saúde diante da boa-fé contratual.

3. Devidamente analisadas e discutidas as questões de mérito, e fundamentado corretamente o acórdão recorrido, de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não há que se falar em violação do art. 1.022, do CPC.

4. Cingindo-se a controvérsia veiculada na presente ação civil pública, ajuizada pelo sindicato, à legalidade ou ilegalidade do reajuste operado pela Resolução GEAP/CONAD 99/2015, não se vislumbra fundamento para justificar a participação da União no litígio.

5. A Segunda Seção do STJ decidiu que não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.

Súmula 608/STJ.

6. Apenas os planos individuais/familiares estão sujeitos à autorização de reajuste pela ANS, conforme procedimento disciplinado pelos arts. 2º ao 11



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

da RN ANS 171/08, inclusive com previsão do índice de reajuste máximo autorizado pela Diretoria Colegiada da ANS. 7. Em relação aos planos coletivos, todavia, a ANS exige apenas o comunicado de reajuste realizado com as pessoas jurídicas, sem estabelecer maiores intervenções nas tratativas estabelecidas entre operadora e pessoa jurídica contratante.

8. A regulação das entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar ocorre por outras vias, como por exemplo, as exigências disciplinadas pela RN 137/06 da ANS, de cujo teor se destaca que a "entidade de autogestão deverá submeter, anualmente, suas demonstrações financeiras à auditoria independente, divulgá-las aos seus beneficiários e encaminhá-las a ANS" (art. 6º).

9. No particular, as instâncias ordinárias registraram que os reajustes dos planos de saúde foram adotados em razão do déficit orçamentário que a Fundação enfrenta desde o ano de 2012, os quais foram suficientemente demonstrados nos autos, bem como as tentativas de recuperação financeira implementadas desde a intervenção por parte da ANS e da PREVIC. Não há, portanto, abusividade a ser declarada nesta hipótese.

10. Recurso especial conhecido e não provido, sem majoração de honorários advocatícios recursais, considerando ser sucumbente o autor de ação civil pública.

(REsp 1770119/SC, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/11/2018, DJe 06/12/2018)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. 1. AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DO CDC AOS PLANOS DE SAÚDE SOB A MODALIDADE DE AUTOGESTÃO. AUSÊNCIA DE RELAÇÃO DE CONSUMO. PRECEDENTE DA SEGUNDA SEÇÃO DO STJ. 2. REAJUSTE DE MENSALIDADE EM DECORRÊNCIA DA REESTRUTURAÇÃO DA FORMA DE CUSTEIO DO PLANO OPERADO PELA GEAP. INEXISTÊNCIA DE ILEGALIDADE OU ABUSIVIDADE. PRECEDENTE DA TERCEIRA TURMA DO STJ. 3. ADEQUAÇÃO NO PROCEDIMENTO PARA A MODIFICAÇÃO NA FORMA DA GESTÃO DO PLANO.

CONCLUSÃO FUNDADA NA APRECIÇÃO DE FATOS, PROVAS E TERMOS CONTRATUAIS. SÚMULAS 5 E 7/STJ. 4. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Segundo entendimento da Segunda Seção do STJ, o Código de Defesa do Consumidor é inaplicável aos planos constituídos na modalidade de autogestão, ante a inexistência de relação de consumo no caso.

2. A Terceira Turma desta Corte reconheceu a inexistência de ilegalidade ou abusividade na majoração das mensalidades dos usuários do plano de saúde operado pela GEAP, oriunda da reestruturação do regime de custeio por meio da Resolução GEAP/CONDEL 616/2012, a qual substituiu o preço único pela precificação por faixa etária.

3. O Tribunal de origem, ao analisar o reajuste das mensalidades do plano de saúde, delineou a controvérsia dentro do conjunto probatório dos autos, concluindo, assim, pela inexistência de abusividade. Nesse contexto, a revisão do julgado demandaria a imprescindível interpretação das cláusulas do contrato e o reexame de fatos e provas dos autos, providências vedadas no âmbito do recurso especial, nos termos das Súmulas 5 e 7 do STJ.

4. Agravo interno improvido.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

(AgInt no REsp 1721845/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 05/06/2018, DJe 15/06/2018)

6. Diante do exposto, dou provimento ao recurso especial para julgar improcedente o pedido formulado na exordial, fixados honorários advocatícios em benefício do patrono da ora recorrente, no valor de R\$ 5.000.00 (cinco mil reais), observada a gratuidade de justiça.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO QUARTA TURMA

Número Registro: 2018/0327248-9

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.785.504 / RS

Números Origem: 00982962320188217000 01001105720148210001 01945895520188217000
03570561520178217000 1001105720148210001 1945895520188217000
3570561520178217000 70075929414 70077330843 70078293776
982962320188217000

PAUTA: 30/05/2019

JULGADO: 11/06/2019

Relator

Exmo. Sr. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. ELIANE DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA RECENA

Secretária

Dra. TERESA HELENA DA ROCHA BASEVI

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS : LEANDRO DAROIT FEIL - SP318345
NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - RS0080025
RECORRIDO : ANA JOSE MARIA COSTA
ADVOGADOS : MARILINDA DA CONCEIÇÃO MARQUES FERNANDES - RS016762
LEONARDO SERRAT DE OLIVEIRA RAMOS - RS086423

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Quarta Turma, por unanimidade, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti, Antonio Carlos Ferreira (Presidente) e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.