

Rafael Robba<sup>1</sup>  
Caio Henrique Sampaio Fernandes<sup>1</sup>

# **DECISÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA ALTERA O ENTENDIMENTO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO A RESPEITO DA REGULAÇÃO DE SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE\***

*A decision by the Brazilian Superior Court changes the understanding of the Court of Justice of São Paulo regarding the regulation of private health insurance and plans*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. São Paulo/SP, Brasil.  
Correspondência: Rafael Robba. *E-mail*: rafaelrobba.rr@gmail.com

Recebido: 25/09/2020. Revisado: 30/06/2021. Aprovado: 07/07/2021.

---

\*Ministério da Saúde. Projeto de Pesquisa "Judicialização da Assistência Médica na Saúde Suplementar". SICONV 865721/2018.

## **RESUMO:**

O Superior Tribunal de Justiça tem utilizado, cada vez mais, o procedimento dos recursos repetitivos para construir precedentes sobre a regulação de seguros e planos de saúde. O objetivo deste artigo foi analisar como os precedentes do Superior Tribunal de Justiça, em sede de recurso repetitivo, afetam as decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em casos individuais. Assim, foi escolhido um caso específico decidido pelo Superior Tribunal de Justiça (Tema 989), que uniformizou a interpretação dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998. O método utilizado foi o de comparar as decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo sobre a interpretação desses artigos dois anos antes e dois anos depois da decisão do Superior Tribunal de Justiça sobre o assunto. A conclusão foi de que, antes do Tema 989, o tribunal paulista decidia a favor dos ex-empregados e dos aposentados, à luz do valor constitucional da proteção do idoso e do valor contratual da boa-fé, e que depois o entendimento da corte mudou profundamente.

**Palavras-Chave:** Decisões Judiciais; Poder Judiciário; Saúde Suplementar; Seguro Saúde; Sistema de Saúde.

## **ABSTRACT:**

The Brazilian Superior Court of Justice has increasingly used the procedure of repetitive appeals to build precedents on private health insurance and plan regulation. Hence, this article seeks to analyze how such precedents established by the Superior Court of Justice affect the decisions held by São Paulo State Court in individual cases. For this purpose, a specific case decided by the Brazilian Superior Court of Justice (Theme 989), which standardized the interpretation of articles 30 and 31 of Law no. 9.656/1998, was chosen. The text compares the decisions of the São Paulo State Court on the interpretation of these articles two years before and two years after the Superior Court's decision on the matter. In conclusion, before Theme 989, the São Paulo State Court ruled in favor of former employees and retirees, in the light of the constitutional value of protecting older citizens and the contractual value of good faith, and that afterwards the Court's understanding changed profoundly.

**Keywords:** Judicial Decisions; Judiciary Branch; Supplementary Private Health Insurance; Private Health Insurance; Health Systems.

## Introdução

Em abril de 2021, 47,9 milhões de brasileiros estavam vinculados a planos privados de assistência à saúde, comercializados e mantidos por 958 operadoras, que movimentaram receita de aproximadamente R\$ 223 bilhões em 2020<sup>1</sup>.

Nos últimos anos verificou-se um aumento de conflitos entre agentes da saúde suplementar, o que pode ser mensurado tanto pelo crescimento do número de ações judiciais movidas contra planos de saúde<sup>2</sup>, quanto pela maior frequência de procedimentos administrativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acerca de negativas de cobertura e de outros problemas reclamados por consumidores<sup>3</sup>.

Considerando que sob contratos coletivos de planos de saúde estão 38,8 milhões de consumidores da saúde suplementar (81%), e, desse total, 32,6 milhões em contratos coletivos empresariais<sup>4</sup>, nota-se um aumento de conflitos levados ao Judiciário referentes a essa modalidade contratual.

A profusão de demandas judiciais contra planos de saúde no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) refletiu em sete editadas sobre o tema, as quais têm em comum diretriz favorável aos pleitos dos consumidores de planos de saúde.

Entre 2012 e 2013, foram editadas 15 súmulas (súmulas 90 a 97 e 99 a 105), que refletem o entendimento do TJSP sobre conflitos envolvendo consumidores e planos de saúde, diante do crescente número de ações judiciais acerca de cobertura contratual; carência; rescisão de contrato; responsabilidade solidária das cooperativas médicas; reajuste de mensalidade; manutenção do aposentado no plano empresarial; aplicação do Código de Defesa do Consumidor<sup>5</sup> e da Lei n. 9.956/1998<sup>6</sup> aos contratos antigos; e legitimidade do beneficiário para propor ação judicial contra a operadora de plano e seguro de saúde<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *ANS TABNET: Informações em Saúde Suplementar*. ANS, jun. 2020. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_cc.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def). Acesso em: 25 jun. 2021.

<sup>2</sup>SCHIEFFER, M; *et al.* Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

<sup>3</sup>ANS. *op. cit.*

<sup>4</sup>ANS. *op. cit.*

<sup>5</sup>BRASIL. *Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990*. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm). Acesso em: 11 nov. 2021.

<sup>6</sup>BRASIL. *Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm). Acesso em: 11 nov. 2021.

<sup>7</sup>ROBBA, Rafael. *Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Mais recentemente, matérias relacionadas a planos de saúde passaram a ser julgadas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), instância federal do Poder Judiciário, que fixou teses a serem observadas por todos os tribunais estaduais do país.

Criado pela Constituição de 1988<sup>8</sup> (CF/88), responsável por uniformizar a interpretação de leis federais em todo o Brasil, o STJ é composto por 33 ministros indicados pelo Presidente da República e sabatinados pelo Senado Federal antes da nomeação.

Com a reforma do Código de Processo Civil, em 2015, criou-se um dispositivo jurídico chamado recurso repetitivo, o qual permite ao STJ selecionar dois ou mais processos que tratem de um determinado tema, cujo conflito seja reiteradamente levado ao Judiciário. Feito isso, o STJ deve julgar esses processos no prazo de um ano, e o que for decidido nesses casos deverá valer para todos os outros processos no país cuja controvérsia seja idêntica.

O recurso repetitivo tem sido tratado por autores no âmbito dos precedentes judiciais, busca por segurança jurídica e constitucionalidade do instituto jurídico<sup>9,10</sup>.

No entanto, há lacunas na literatura sobre consequências de decisões tomadas pelo STJ por meio do recurso repetitivo, considerando o impacto em temas de grande relevância social, como o caso da saúde.

Este artigo teve como objetivo analisar o entendimento do STJ sobre os temas relacionados a planos de saúde, após a criação do recurso repetitivo, e os eventuais reflexos das decisões da corte sobre as decisões do TJSP. Também se propôs a análise da legislação referente ao Tema 989<sup>11</sup>.

## Metodologia

Esta análise consistiu em um levantamento de legislação e um estudo sobre decisões judiciais relativas a planos e seguros de saúde proferidas pelos STJ e TJSP.

Foi utilizada a base pública on-line dos dois tribunais, que disponibilizam, publicamente e em meio informatizado, toda a sua jurisprudência acumulada sobre o assunto.

---

<sup>8</sup>BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 11 nov. 2021.

<sup>9</sup>MARINONI, Luiz Guilherme. O “problema” do incidente de resolução de demandas repetitivas. *Revista Argumentum*, Marília, v. 17, p. 45-64, jan./dez. 2016. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/revistaargumentum/article/view/313/62> Acesso em: 11 nov. 2021.

<sup>10</sup>SERRA JÚNIOR, Marcos Vinícius Barreto. A vinculação do precedente judicial e a segurança jurídica. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v. 54, n. 214, p. 131-152, abr./jun. 2017.

<sup>11</sup>SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. *Tema 989*. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=989&cod\\_tema\\_final=989](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=989&cod_tema_final=989). Acesso em: 03 maio 2022.

O período do estudo foi de 2016 a 2019, definido em função do objetivo de verificar impactos relativos ao mecanismo do recurso repetitivo, instituído em 2015 pelo novo Código de Processo Civil<sup>12</sup>.

Junto ao STJ, foram identificadas três decisões em recursos repetitivos sobre planos e seguros de saúde, no período analisado, que tratavam dos seguintes assuntos: (i) reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário (Tema 952); (ii) permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário do plano de saúde empresarial (Tema 989); (iii) obrigação em fornecer medicamento não registrado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Tema 990).

Optou-se pela seleção e delimitação de um tema específico, visando ao aprofundamento da legislação sobre a questão e dos impactos da decisão nas instâncias inferiores.

Desse modo, foi selecionado o Tema 989, julgado pelo STJ para fixação de tese em sede de recurso repetitivo, que trata da permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário do plano de saúde empresarial.

A escolha do tema considerou, também, o potencial de repercussão da decisão, que pode possivelmente atingir grande número de consumidores de planos de saúde, uma vez que 81% dos beneficiários estão vinculados a contratos coletivos.

Para verificar o reflexo da tese firmada pelo STJ na decisão do TJSP sobre o tema selecionado, foram consideradas as decisões do tribunal paulista proferidas nos dois anos anteriores e dois anos posteriores à fixação da tese.

No sentido de representar a diversidade interna do TJSP, foi selecionada uma decisão de cada uma das dez câmaras que integram o chamado “Direito Privado 1” do TJSP, que consiste em um grupo de câmaras competente para julgar questões relacionadas a planos de saúde. As decisões de cada uma das câmaras foram selecionadas considerando o recorte temporal definido e a relação com a tese fixada pelo STJ.

Foram selecionadas apenas decisões de segunda instância, por ser a última instância competente para julgar os recursos das ações judiciais envolvendo planos e seguros de saúde no Estado de São Paulo.

Quanto aos termos utilizados neste trabalho, é importante esclarecer que não há consenso na literatura ou entre os especialistas sobre conceitos mais adequados para designar o segmento de planos de saúde, as empresas que atuam nesse setor e a população por elas assistida<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup>BRASIL. *Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015*. Código de Processo Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm). Acesso em: 03 maio 2022.

<sup>13</sup>BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. *Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2010.

Dessa forma, considerando a referência legislativa (Lei n. 9.656/1998) e os termos utilizados pela agência reguladora, para referir-se ao segmento de planos de saúde optou-se pelo termo “saúde suplementar”; para designar as empresas que atuam no setor, adotou-se o termo “operadora”; e para indicar a população assistida por essas empresas, foram utilizados os termos “beneficiários” e “consumidores”.

## Resultados e discussão

Na análise de decisões das dez câmaras que compõem o TJSP, nos anos de 2016 e 2017, verifica-se que o Tribunal firmou entendimento no sentido de permitir a permanência do aposentado no plano de saúde empresarial, ainda que a contribuição para o plano, durante a vigência do contrato de trabalho, não tenha ocorrido em forma de desconto na folha de pagamento (Tabela 1).

**Tabela 1.** Casos julgados antes da tese fixada pelo STJ no Tema 989, TJSP, 2016 a 2017\*

<b>Câmaras de Direito Privado do TJSP</b>	<b>Número do recurso</b>	<b>Data de julgamento</b>	<b>Fundamento principal da decisão</b>
1ª	1004254-83.2016.8.26.0019	10/11/2017	“[...] autor tem direito à manutenção do plano de saúde coletivo a que fazia parte, independentemente de quem o tenha custeado, se o empregado ou a empregadora, já que tal subsídio assume o caráter de salário indireto [...]”
2ª	1113716-57.2015.8.26.0100	18/10/2016	“[...] É de se consignar ainda, que mesmo ausente a coparticipação do autor, o plano de saúde oferecido pelo empregador caracteriza salário indireto do empregado.”
3ª	1005544-77.2016.8.26.0361	24/01/2017	“[...] Nesse contexto, de nenhuma importância que o plano coletivo tenha sido custeado integralmente pela empresa em que laborava a autora, certo que o custeio integral pela empregadora constitui prestação in natura, a qual, para fins legais, íntegra, tanto quanto o salário, a remuneração do empregado. Explicitando a ideia de que o custeio integral do plano pela empregadora não retira do trabalhador sua condição de contribuinte [...]”

Continua

STJ muda entendimento do TJSP sobre regulação de seguros e planos de saúde

Continuação

<b>Câmaras de Direito Privado do TJSP</b>	<b>Número do recurso</b>	<b>Data de julgamento</b>	<b>Fundamento principal da decisão</b>
4ª	1012448-75.2016.8.26.0309	25/10/2017	“[...] O fato de o apelada não ter nenhum desconto envolvendo contribuição para o plano de saúde, ou seja, pagamento de prêmio, não é óbice para que permaneça como segurada nas mesmas condições de quando estava na ativa, haja vista que a ausência de exigência de pagamento caracteriza mera liberalidade do empregador, logo, insuficiente o óbice alegado pela apelante em relação ao aludido tópico.”
5ª	1006970-10.2016.8.26.0011	30/01/2017	“[...] Ou seja, a adesão a plano de saúde pelo sistema de coparticipação não desqualifica, por si só, a natureza contributiva da assistência médica fornecida pela empregadora, porquanto referido benefício é custeado indiretamente pela empregada, já que considerado prestação ‘in natura’ que compõe o seu salário. Independentemente da forma de apuração da contraprestação pecuniária e de quem a arque, tem a empregada direito ao quanto previsto na Lei nº 9.656/98.”
6ª	1000449-76.2014.8.26.0445	17/11/2016	“[...] O fato do plano de saúde ter sido custeado integralmente pela ex-empregadora não afasta a incidência da regra do artigo 31 da lei 9.656/98. Isso porque o benefício da assistência à saúde se traduz como salário indireto, perfazendo contribuição do trabalhador [...]”
7ª	1013523-93.2016.8.26.0554	31/01/2017	“[...] Assim, entende-se como “contribuição” tanto o pagamento direto, através de desconto em folha de pagamento, como o pagamento indireto, no qual se enquadra o regime de coparticipação, em que o empregador arca integralmente com os custos do plano de saúde, em forma indireta de remuneração ao empregado.”

Continua

Continuação

<b>Câmaras de Direito Privado do TJSP</b>	<b>Número do recurso</b>	<b>Data de julgamento</b>	<b>Fundamento principal da decisão</b>
8ª	1003565-76.2015.8.26.0309	09/01/2017	“[...] Há amplo entendimento de que o pagamento integral da mensalidade do plano de saúde pelo empregador é considerado como salário indireto, não configurando essa modalidade optada pela empresa como motivo de exclusão de seus ex-funcionários ao direito de manutenção como beneficiário do plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, preenchidos os requisitos legais.”
9ª	1013017-77.2015.8.26.0320	31/01/2017	“[...] Ora, o fato de o empregador pagar integralmente ou parcialmente o valor da mensalidade do plano de saúde de seu empregado não desvirtua o fato de tal montante destinar-se à contraprestação ao trabalho, razão pela qual, não há motivos para que se exclua do benefício anteriormente exposto o empregado que não tenha contribuído de forma direta para a manutenção de seu plano de saúde.”
10ª	1004655-02.2015.8.26.0445	15/08/2017	“[...] Irrelevante o fato de a ex-empregadora arcar de forma integral com o plano de saúde, sem pagamento de parcela fixa pelo autor. Tal fato não afasta o direito à manutenção da assistência médico-hospitalar, uma vez que essa prerrogativa não foi concedida por mera liberalidade, mas em decorrência dos serviços prestados.”

Elaboração própria. Fonte: TJSP.

Nota: \*Todas as decisões listadas foram favoráveis aos beneficiários.

Observa-se que o TJSP, ao julgar os casos em que os aposentados, na sua maioria idosos, pleiteavam a manutenção vitalícia no plano de saúde, entendeu que a “contribuição”, requisito do artigo 31 da Lei n. 9.656/1998, deveria ter o escopo ampliado para incluir não somente o pagamento direto pelo empregado, desconto do holerite, mas também as situações que a empregadora ofertava o plano sem contribuição alguma ou por meio de coparticipação, caracterizando um salário indireto.

Aqui, destaca-se o artigo 31 da Lei n. 9.956/1998:

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)

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30<sup>14</sup>.

O salário indireto é um benefício oferecido pelas empresas que compõe a remuneração do empregado, representando, muitas vezes, uma parcela considerável da remuneração total<sup>15</sup>.

Assim, o tribunal paulista passou a admitir como contribuição tanto o pagamento direto, feito pelo empregado mediante desconto em folha de pagamento, quanto a contribuição indireta, quando o empregador arca integralmente com o pagamento do plano de saúde como forma indireta de remuneração para o empregado.

Os principais fundamentos extraídos das decisões se situam no fato de que, se o benefício é concedido ao empregado de uma forma indireta, a contribuição sai do patrimônio do beneficiário em favor da operadora.

Em um dos julgados, ressalta a desembargadora que uma leitura superficial do artigo 31 da Lei n. 9.656/1998 poderia sugerir que caso o ex-empregado não contribuísse exclusivamente para o plano de saúde, não teria direito de mantê-lo após o seu desligamento da empresa. Contudo, a intenção do legislador não foi essa, pois visava assegurar ao aposentado o direito de manter-se no plano de saúde nas mesmas condições de cobertura, desde que assumisse o pagamento integral<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup>BRASIL. *Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, cit.*

<sup>15</sup>LOURENÇO, Joaquim Carlos. *Salário e remuneração: o mercado de trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Simplíssimo, 2018.

<sup>16</sup>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1004254-83.2016.8.26.0019. Relatora: Christine Santini.

Em outra decisão, o TJSP entendeu que a contribuição pode ser extraída tanto de modo direto, a exemplo de descontos do próprio rendimento mensal do empregado, quanto de modo mediato, classificado aqui como salário indireto, sob assistência prestada e sustentada unilateral e exclusivamente pela empregadora<sup>17</sup>.

A decisão complementa, ademais, que “a adesão ao plano de saúde pelo sistema de coparticipação não desqualifica, por si só, a natureza contributiva da assistência médica fornecida pela empregadora, porquanto referido benefício é custeado indiretamente pela empregada, já que considerado prestação ‘in natura’ que compõe o seu salário”<sup>18</sup>. Independentemente da forma de apuração da contra-prestação pecuniária e de quem a arque, tem o empregado o direito ao benefício previsto na Lei n. 9.656/1998.

Em 2016, com o início da vigência do novo Código de Processo Civil, o STJ passou a julgar temas relacionados a planos de saúde como recurso repetitivo, definindo o entendimento jurisprudencial sobre esses temas. Nesse sentido, o STJ selecionou o tema relativo à permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário do plano de saúde empresarial para julgar como recurso repetitivo (Tema 989).

O Tema 989 foi afetado em 02 de março de 2018 e julgado em 22 de agosto de 2018, quando o STJ fixou a seguinte tese:

Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto<sup>19</sup>.

Por tratar-se de um tribunal superior, o STJ está hierarquicamente acima dos tribunais estaduais, o que obriga que o TJSP obedeça ao entendimento fixado por aquele tribunal.

A partir de então, nos anos de 2018 e 2019, o tribunal paulista precisou adotar em suas decisões a tese fixada pelo STJ, passando a julgar as ações judiciais de maneira desfavorável à permanência do aposentado no plano de saúde da empresa, quando custeado integralmente pelo empregador (Tabela 2).

---

<sup>17</sup>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1006970-10.2016.8.26.0011. Relator: Fábio Podestá.

<sup>18</sup>*Id. Ibid.*

<sup>19</sup>SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. *Tema 989, cit.*

**Tabela 2.** Casos julgados depois da tese fixada pelo STJ no Tema 989, TJSP, 2018 a 2019\*

<b>Câmaras de Direito Privado do TJSP</b>	<b>Número do recurso</b>	<b>Data de julgamento</b>	<b>Fundamento principal da decisão</b>
1ª	1063213-95.2016.8.26.0100	06/02/2019	“[...] Imperioso mencionar que este Relator, não somente neste caso, mas em inúmeras oportunidades anteriores, já afirmou entendimento diverso, no sentido da possibilidade de manutenção do ex-empregado no plano de saúde coletivo, mesmo nas hipóteses em que o custo do benefício era exclusivo da empregadora, por reputar que se tratava de contribuição indireta. Não obstante, curvo-me ao entendimento vinculativo do C. STJ, que entende que a ausência de contribuição direta do empregado impede sua manutenção no plano de saúde coletivo de que desfrutava [...]”
2ª	1076357-05.2017.8.26.0100	15/01/2019	“[...] Ressalvo que inobstante este Relator tenha se manifestado em outras oportunidades no sentido da aplicação dos artigos 30 e 31 da lei de regência em casos como o presente, consignando que de uma forma ou de outra (direta ou indiretamente), houve contribuição pela prestação dos serviços da seguradora, não procedendo a alegação da apelante de que o apelado não preenche os requisitos para a manutenção do plano de saúde após o término do vínculo empregatício, fato é que que o C. STJ pacificou a questão em se de Recurso Repetitivo recentemente julgado [...]”
3ª	1011930-88.2016.8.26.0405	19/12/2018	“[...] Ressalvado o entendimento anteriormente adotado por esta relatoria no sentido de que a regra dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/98 deveria ser aplicada até mesmo para os planos de saúde contratados na modalidade de coparticipação, por se considerar que se tratava de remuneração indireta ao empregado, curvo-me ao recente entendimento assentado no Col. Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema 989 (Recursos especiais 1.680.318/SP e 1.708.104), pelo rito dos artigos 1.036 e 1.037 do Código de Processo Civil dos recursos repetitivos.”

Continua

Continuação

<b>Câmaras de Direito Privado do TJSP</b>	<b>Número do recurso</b>	<b>Data de julgamento</b>	<b>Fundamento principal da decisão</b>
4ª	1060489-21.2016.8.26.0100	14/03/2019	“[...] Assim, ressalvada a convicção pessoal deste Relator, que vinha decidindo pela possibilidade de manutenção do ex-funcionário no plano de saúde em casos similares, curvo-me ao entendimento definido a respeito do tema pelo C. STJ, visando a agilização e harmonização dos julgamentos. Isso porque, recentemente, o C. STJ modificou o entendimento em relação ao conceito de contribuição do usuário de plano de saúde, não mais admitindo quando ocorre a contribuição exclusiva do empregador o direito do ex-funcionário de prosseguir como beneficiário do plano de saúde nas mesmas condições.”
5ª	1012121-62.2018.8.26.0309	20/02/2019	“[...] Portanto, em razão da ausência de contribuição fixa pelo empregado, esta Relatoria, rendida ao entendimento vinculante da Corte Superior, confirma o afastamento do benefício previsto no art. 31, da Lei 9.656/98.”
6ª	1015784-49.2016.8.26.0451	20/02/2019	“[...] Com relação à manutenção do autor no plano de saúde, o Superior Tribunal de Justiça firmou tese quando do julgamento de recurso repetitivo acerca da impossibilidade de manutenção do plano de saúde empresarial para ex-empregado que não contribuía à época do vínculo laboral, mesmo se existisse coparticipação [...]”
7ª	1001989-91.2016.8.26.0445	22/02/2019	“[...] Nesse sentido, a temática fora afetada à Segunda Seção do STJ, pelo rito dos recursos repetitivos e, apreciado o recurso paradigma (Recurso Especial nº 1680318 / SP), aquela C. Corte consolidou o seguinte entendimento A coparticipação, outrossim, não pode ser confundida com efetiva contribuição, e, em tais hipóteses, o segurado não terá direito a manutenção da apólice contratada por ex-empregador.”

Continua

STJ muda entendimento do TJSP sobre regulação de seguros e planos de saúde

Continuação

<b>Câmaras de Direito Privado do TJSP</b>	<b>Número do recurso</b>	<b>Data de julgamento</b>	<b>Fundamento principal da decisão</b>
8ª	1015772-76.2016.8.26.0405	20/02/2019	“[...] De início, insta consignar que o entendimento constante no anterior aresto (publicado aos 27 de junho de 2017), sofreu substancial alteração, exatamente diante de mais recente precedente em sede de recursos repetitivos no julgamento do REsp n. 1.680.318/SP e 1.708.104/SP, Rel. Min. RICARDO VILLAS BOAS CUEVA Em vista disso, no caso concreto, incontroversa a ausência de contribuição, pelo apelado, junto ao plano (tampouco a existência de convenção coletiva) e, à vista do julgamento dos recursos especiais acima, não possuindo o pagamento de eventual coparticipação o efeito de salário indireto, inviável a permanência do apelado junto ao plano coletivo, por ausência de enquadramento ao disposto no artigo 31 da Lei 9.656/98.”
9ª	1016051-26.2016.8.26.0320	18/02/2019	“[...] Considerando-se, assim, o atual entendimento do colendo Superior Tribunal de Justiça, o acórdão reexaminado deve ser parcialmente modificado. Isso porque mantido o afastamento da preliminar, o recurso da apelante deve ser provido, certo que, no caso dos autos, a ex-empregadora custeava integralmente o benefício do qual usufruía a autora Destarte, a autora, ora apelada, não possui direito de ser mantida no plano empresarial, uma vez que não contribuía de forma fixa para a manutenção de seu plano de saúde.”
10ª	1113818-45.2016.8.26.0100	05/02/2019	“[...] De acordo com o voto condutor do i. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, é condição de aquisição do direito ora buscado a contribuição do empregado, na atividade, para o custeio do plano, não podendo ser considerados para tanto os pagamentos a título exclusivo de coparticipação. Restou destacado, ainda, não ser possível caracterizar como salário indireto o plano de assistência médica, hospitalar e odontológica concedido pelo empregador. Diante tais razões, e posta a matéria no caráter repetitivo pela Instância Superior, inviável a manutenção de teses contrárias como a que sustentei ao longo do tempo, impondo-se, portanto, o afastamento do direito do autor de permanecer no seguro saúde coletivo empresarial.”

Elaboração própria. Fonte: TJSP.

Nota: \*Todas as decisões listadas não foram favoráveis aos beneficiários.

Assim, após o julgamento do Tema 989, os principais fundamentos extraídos das decisões do TJSP apenas ressaltam que se deve seguir o entendimento fixado pelo STJ:

Imperioso mencionar que este Relator, não somente neste caso, mas em inúmeras oportunidades anteriores, já afirmou entendimento diverso, no sentido da possibilidade de manutenção do ex-empregado no plano de saúde coletivo, mesmo nas hipóteses em que o custo do benefício era exclusivo da empregadora, por reputar que se tratava de contribuição indireta. Não obstante, curvo-me ao entendimento vinculativo do C. STJ, que entende que a ausência de contribuição direta do empregado impede sua manutenção no plano de saúde coletivo de que desfrutava, uma vez que “contribuir para o plano de saúde significa, nos termos da lei, pagar uma mensalidade, independentemente de se estar usufruindo dos serviços de assistência médica” (REsp n. 1.680.318/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 24/08/2018)<sup>20</sup>.

Além de um esvaziamento na fundamentação jurídica das decisões posteriores ao julgamento do Tema 989, percebeu-se que muitos desembargadores passaram a ressaltar sua discordância com a solução adotada pelo STJ:

Ressalvo que inobstante este Relator tenha se manifestado em outras oportunidades no sentido da aplicação dos artigos 30 e 31 da lei de regência em casos como o presente, consignando que de uma forma ou de outra (direta ou indiretamente), houve contribuição pela prestação dos serviços da seguradora, não procedendo a alegação da apelante de que o apelado não preenche os requisitos para a manutenção do plano de saúde após o término do vínculo empregatício, fato é que o C. STJ pacificou a questão em se de Recurso Repetitivo recentemente julgado<sup>21</sup>.

Ressalvado o entendimento anteriormente adotado por esta relatoria no sentido de que a regra dos artigos 30 e 31 da Lei n. 9.656/98 deveria ser aplicada até mesmo para os planos de saúde contratados na modalidade de coparticipação, por se considerar que se tratava de remuneração indireta ao empregado, curvo-me ao recente entendimento assentado no Col. Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema 989 (Recursos especiais 1.680.318/SP e 1.708.104), pelo rito dos artigos 1.036 e 1.037 do Código de Processo Civil dos recursos repetitivos<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1063213-95.2016.8.26.0100. Relator: Francisco Loureiro.

<sup>21</sup>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1076357-05.2017.8.26.0100. Relator: José Carlos Ferreira Alves.

<sup>22</sup>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO – TJSP. Apelação n. 1011930-88.2016.8.26.0405. Relatora: Márcia Dalla Déa Barone.

O direito à manutenção do aposentado ou demitido no contrato coletivo empresarial representa cerca de 15% dos casos julgados pelo TJSP contra planos de saúde<sup>23</sup>.

A Lei n. 9.956/1998, em seu artigo 31, garante ao aposentado, beneficiário de um plano de saúde contratado coletivamente em decorrência de vínculo empregatício, o direito de se manter no contrato coletivo nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que arque com o pagamento integral do plano.

O tempo em que o aposentado poderá se manter como beneficiário do contrato coletivo varia, conforme previsto nesse mesmo dispositivo legal. Caso o aposentado tenha contribuído para o plano de saúde por dez anos ou mais enquanto empregado ativo, poderá manter o benefício por tempo vitalício. Por outro lado, caso tenha contribuído por menos de dez anos, o direito à manutenção do plano como beneficiário é equivalente ao tempo de contribuição.

O direito do aposentado de se manter como beneficiário do contrato coletivo de plano de saúde se extingue se houver admissão em novo emprego. E esse direito é extensivo a todo o grupo familiar inscrito durante a vigência do contrato de trabalho, mesmo em caso de morte do titular.

Esse dispositivo legal estabelece, ainda, que nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa não são consideradas contribuições as quantias pagas para utilização de serviços de assistência médica ou hospitalar a título de coparticipação. Nos planos em que há coparticipação, além da mensalidade, a operadora cobra parte do valor de alguns procedimentos quando o beneficiário os utiliza.

Dessa forma, para que o aposentado possa permanecer no plano da empresa após seu desligamento, deverá demonstrar que contribuiu para o plano de saúde enquanto ainda era empregado.

Com o objetivo de regulamentar o direito previsto no artigo 31 da Lei n. 9.956/1998, a ANS editou o artigo 2º, inciso I, da Resolução Normativa n. 279/2011, em que especificou o conceito de “contribuição” para o plano de saúde:

Contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos,

---

<sup>23</sup>ROBBA, Rafael. *op. cit.*

como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica<sup>24</sup>.

Ressalta-se, ainda, que a Resolução n. 279/2011, ao estabelecer que a contribuição pode ocorrer também com desconto em folha de pagamento, deixa uma margem interpretativa que não limita a forma de contribuição a uma única hipótese, tanto que o próprio STJ possui julgados nesse sentido.

Em um deles, o STJ entendeu que, embora o empregado não tenha contribuído diretamente para o plano de saúde coletivo, teve contribuição legitimamente custeada pelo empregador em virtude do vínculo empregatício existente entre ambos. Nesse contexto, a cota do empregado, que sempre foi paga pelo empregador, pode ser considerada parcela salarial indireta, paga em nome e em favor do empregado, como cautelosa política de pessoal praticada pela empresa empregadora para evitar atrasos ou inadimplemento das parcelas das contribuições devidas ao plano pelos empregados<sup>25</sup>.

Nesse sentido, ao interpretar as relações contratuais que envolvem beneficiários de planos de saúde, o TJSP optou por privilegiar a função social do contrato, além de observar os princípios de lealdade e boa-fé contratual.

O princípio da boa-fé contratual, previsto no artigo 422 do Código Civil<sup>26</sup>, tem como função concretizar obrigações chamadas de deveres anexos ao contrato. A sua inobservância constitui-se espécie de inadimplemento contratual, como ficou acordado em 2002 na I Jornada de Direito Civil promovida pelo Conselho da Justiça Federal, quando da aprovação do Enunciado n. 24: “Em virtude do princípio da boa-fé, positivado no art. 422 do novo Código Civil, a violação dos deveres anexos constitui espécie de inadimplemento, independentemente de culpa.”<sup>27</sup>.

A esse respeito, deve-se ter em mente que a permanência do aposentado no plano de saúde de seu antigo empregador, nos termos previstos no artigo 31 da Lei n. 9.956/1998, é de extrema relevância para o ordenamento jurídico e para o sistema de saúde como um todo, visto que busca efetivar a proteção constitucional ao idoso, evitando sua discriminação, além de não permitir a sua exclusão do plano, o que poderia causar sobrecarga no sistema público de saúde.

---

<sup>24</sup>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *Resolução n. 279, de 25 de novembro de 2011*. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999. Artigo 2. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg50A==>. Acesso em: 25 nov. 2021.

<sup>25</sup>SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. Recurso Especial n. 531.370 – SP. Relator: Raul Araújo. Disponível em: [https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num\\_registro=200300474420&dt\\_publicacao=06/09/2012](https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200300474420&dt_publicacao=06/09/2012). Acesso em: 25 nov. 2021.

<sup>26</sup>BRASIL. *Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Artigo 22. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm). Acesso em: 25 nov. 2021.

<sup>27</sup>CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL – CJF. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/670>. Acesso em: 25 nov. 2021.



De modo similar, o artigo 230 da CF/88 estabelece que é dever do Estado assegurar à pessoa idosa dignidade, bem-estar e, principalmente, direito à vida: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”<sup>28</sup>.

Interpretando a mencionada proteção constitucional ao tema estudado, o referido dispositivo tem o condão de impedir que as operadoras de planos de saúde, abusando de sua superioridade econômica, expulsem de suas carteiras os aposentados idosos no momento mais delicado de suas vidas, uma vez que tratam de pessoas fisicamente debilitadas e economicamente vulneráveis.

No entanto, embora esse entendimento já estivesse pacificado no TJSP, o STJ, diante das inúmeras ações judiciais discutindo essa questão, entendeu que o tema deveria ser uniformizado para aplicação em todo território nacional.

Com isso, por meio do julgamento do Tema 989, o STJ alterou o entendimento até então adotado pelo TJSP, afastando a possibilidade do beneficiário aposentado, em sua maioria idosos, de permanecer no plano de saúde da empresa após a aposentadoria, quando o custeio do plano fora feito integralmente pelo empregador.

Por conta disso, percebeu-se que o TJSP passou a rever o entendimento que, até então, era majoritariamente contrário à tese firmada pelo STJ.

Dessa forma, ainda que o Poder Judiciário estivesse sendo acionado de maneira recorrente, as decisões, até então, buscavam garantir os valores constitucionais de proteção ao idoso, além de privilegiar princípios contratuais de lealdade e boa-fé.

Observa-se, no entanto, que no julgamento do Tema 989 a decisão do STJ não faz qualquer menção aos valores constitucionais de proteção aos idosos, principalmente proteção à vida, à saúde e à dignidade dos idosos conferida pela CF/88.

A negligência na proteção dos idosos, especialmente na saúde suplementar, já foi evidenciada por Trettel, ao concluir que os beneficiários de planos de saúde,

independentemente de terem contribuído por anos para o funcionamento do setor, este não mais os quer. E faz-se de tudo para expulsá-los ou para impedir o seu ingresso [...] o fenômeno do envelhecimento populacional acrescenta nessa já complicada equação um elemento numérico relevantíssimo: os idosos excluídos pelos planos de saúde hoje são representativos, mas no futuro serão a maioria<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup>BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, cit.

<sup>29</sup>TRETTEL, Daniel Batalha. *Planos de saúde e envelhecimento populacional: um modelo viável?* Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. p. 123.

Percebe-se, com isso, que a decisão fixada pelo STJ no Tema 989, por mais que eventualmente não tenha esse propósito, fez com que o entendimento judicial se aproximasse à prática das operadoras de planos de saúde de expulsar idosos ou impedir o seu ingresso na saúde suplementar.

Na prática, o TJSP posicionava-se majoritariamente a favor do pleito dos consumidores dos planos, enquanto o STJ adotou uma posição mais próxima às teses das operadoras de planos de saúde e da ANS.

Evidencia-se, assim, que a mudança de entendimento do TJSP ocorreu única e exclusivamente em razão do julgamento do Tema 989 pelo STJ, esvaziando a fundamentação jurídica presente, até então, nas decisões do tribunal paulista, que contemplava a proteção constitucional do idoso, além dos princípios contratuais de lealdade e boa-fé entre os contratantes.

Nota-se que este estudo possui limitações, a começar pelo recorte da pesquisa, que aborda apenas um tribunal estadual. Pesquisas futuras devem ampliar a análise de outros temas julgados pelo STJ, no sentido de verificar se há repetição do fenômeno aqui descrito. O pouco tempo de existência do recurso repetitivo requer acompanhamento sistemático de sua repercussão em temas de relevância pública, como a saúde, sobretudo na capacidade desse instrumento de agir na reversão de direitos e benefícios dos cidadãos.

## **Conclusão**

Com o advento do novo Código de Processo Civil e a implementação do sistema dos recursos repetitivos, o STJ foi elevado ao papel de protagonista do poder judiciário, permitindo que seu entendimento sobre determinado tema passe a valer, de maneira obrigatória, para todos os outros processos no país que tratem do mesmo assunto.

Após a criação desse dispositivo jurídico, o STJ passou a julgar recursos repetitivos com assuntos relacionados a planos de saúde, definindo o entendimento jurisprudencial sobre esses temas.

Por conta disso, percebeu-se que o TJSP passou a rever seu entendimento que, até então, era majoritariamente contrário àqueles firmados pelo STJ.

Quanto ao Tema 989, o TJSP posicionava-se majoritariamente a favor do pleito dos consumidores, enquanto o STJ posicionou-se de maneira mais próxima à tese das operadoras de planos de saúde e da ANS.

Por conta disso, o tribunal paulista precisou reconsiderar sua compreensão, acarretando um esvaziamento na fundamentação jurídica presente, até então, em suas decisões, que contemplava a proteção constitucional do idoso, além dos princípios contratuais de lealdade e boa-fé entre os contratantes.

Não é possível afirmar, no entanto, com base nesta pesquisa, se existe uma tendência do STJ em aproximar seu entendimento às teses defendidas pelas operadoras de planos de saúde. Para tanto, seria necessário um estudo mais amplo e aprofundado, envolvendo outros temas relacionados a planos de saúde que foram julgados pelo STJ, como, por exemplo, o Tema 990, que desobrigou as operadoras de planos de saúde a fornecerem medicamentos não registrados pela Anvisa.

A negligência na proteção dos idosos, especialmente na saúde suplementar, e as condutas voltadas à exclusão e discriminação dos idosos nos planos de saúde são práticas já evidenciadas por análises anteriores<sup>30</sup>.

Uma das formas dessa discriminação consiste no desestímulo à contratação de plano de saúde por idosos. Como resultado, uma vez que o envelhecimento populacional aumenta a necessidade de exames, consultas, internações e utilização de medicamentos<sup>31</sup>, grande parte dos idosos excluídos dos planos de saúde precisam ser amparados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, a efetiva proteção aos idosos, além de ser uma garantia constitucional, é de grande importância para o bom funcionamento do sistema público de saúde. Logo, essa questão deve estar inserida numa discussão mais ampla, que envolva a organização e o funcionamento do sistema de saúde como um todo.

Foi intuito deste trabalho, portanto, contribuir para o debate acerca da forma como o STJ, por meio do recurso repetitivo, alterou o entendimento adotado pelo TJSP, assunto ainda pouco abordado. Ao fim, espera-se que haja um melhor funcionamento do sistema de saúde brasileiro, com repercussões positivas na saúde da população.

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. *ANS TABNET*: Informações em Saúde Suplementar. ANS, jun. 2020. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_cc.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def). Acesso em: 25 jun. 2021.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. *Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2010.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL – CJF. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/670>. Acesso em: 25 nov. 2021.

LOURENÇO, Joaquim Carlos. *Salário e remuneração: o mercado de trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Simplíssimo, 2018.

---

<sup>30</sup>TRETTEL, Daniel Batalha. *op. cit.*; ROBBIA, Rafael. *op. cit.*

<sup>31</sup>*Id. Ibid.*

MARINONI, Luiz Guilherme. O “problema” do incidente de resolução de demandas repetitivas. *Revista Argumentum*, Marília, v. 17, p. 45-64, jan./dez. 2016. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/revistaargumentum/article/view/313/62> Acesso em: 11 nov. 2021.

ROBBA, Rafael. *Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SCHEFFER, M; *et al.* Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

SERRA JÚNIOR, Marcos Vinícius Barreto. A vinculação do precedente judicial e a segurança jurídica. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v. 54, n. 214, p. 131-152, abr./jun. 2017.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA – STJ. *Tema 989*. Disponível em: [https://br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=989&cod\\_tema\\_final=989](https://br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=989&cod_tema_final=989). Acesso em: 03 maio 2022.

TRETTTEL, Daniel Batalha. *Planos de saúde e envelhecimento populacional: um modelo viável?* Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

---

Rafael Robba – Doutorando em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP); mestrado em Saúde Coletiva pela FM/USP. São Paulo/SP, Brasil. *E-mail*: rafaelrobba.rr@gmail.com

Caio Henrique Sampaio Fernandes – Pesquisador do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP). São Paulo/SP, Brasil. *E-mail*: caiodug@gmail.com